

Kindes-Tödtung

in gerichtlich-medizinischer Beziehung.

Inaugural-Abhandlung

sur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Professor Dr. **Fr. Seitz**

der medizinischen Fakultät der Universität München
vorgelegt

von

Heinrich Voelk,

praktischer und Distriktskrankenhaus-Arzt in Köching.



München,

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. J. Wolf & Sohn.

1888.

Die
Kindes-Tödtung

in gerichtlich-medizinischer Beziehung.

Inaugural-Abhandlung

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Professor Dr. **Fr. Seitz**

der medizinischen Fakultät der Universität München
vorgelegt

von

Heinrich Voelk,

praktischer und Distriktskrankenhaus-Arzt in Kösching.



München,

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

1883.



Gesetzliche Vorbemerkungen.

Die Kindestödtung umfasst sowohl die vorsätzliche Tödtung, den eigentlichen Kindsmord, als die fahrlässige Verursachung des Todes eines Neugeborenen.

Die gerichtlich-medizinischen Fragepunkte kommen daher bei beiden Reaten in Betracht.

Die Gesetzgebung hat einen festbegrenzten Termin, in welchem das erstere Verbrechen begangen werden kann, nicht eingesetzt, sondern dafür einen elastischen Begriff gewählt, und eine Ausscheidung zwischen Mord und Todtschlag bei der Begriffsbestimmung nicht statuirt, sondern den Kindsmord als besonderes Verbrechen behandelt, damit, falls die Geschworenen auf die Frage:

„Hat die Mutter sich dadurch des Verbrechens des Kindsmordes schuldig gemacht, dass sie während oder gleich nach der Geburt rechtswidrig den Tod desselben verursacht hat?“

den Wahrspruch fallen sollten:

„Ja, aber nicht gleich nach der Geburt“, die Angeklagte nicht mehr wegen Mords, sondern nur wegen Todtschlags gestraft werden könnte, da der überlegte Entschluss, welcher den Mord charakterisirt, nicht bejaht sei.

Während endlich die bayerische Strafgesetzgebung vom Jahre 1861 die vorsätzliche Tödtung eines neugeborenen ehelichen Kindes ebenso behandelte, wie die eines unehelichen, bestimmt das Strafgesetzbuch für das deutsche Reich in § 217:

„Eine Mutter, welche ihr uneheliches Kind in, oder gleich nach der Geburt vorsätzlich tötet, wird mit Zuchthaus nicht unter drei Jahren bestraft.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter zwei Jahren ein.“

Der Kindsmord ist daher dem Morde, wie dem Todtschlage gegenüber ein qualificirtes Verbrechen und zwar ein solches, in welchem ein bestimmtes persönliches Verhältniss — die uneheliche Geburt — die Strafbarkeit für die Mutter vermindert.

Den Grund dieser besonderen Vorschrift bilden die meist eigenthümlichen Motive der That — Affekt der Scham und Nothlage — und der bei der Thäterin während, oder gleich nach der Geburt vorhandene geistige und körperliche Zustand.

Ist ein neugeborenes, eheliches oder uneheliches Kind von einer anderen Person, als der Mutter getötet worden, oder hat eine andere Person an der Tödtung theilgenommen, so kommen gegen diese Person die Bestimmungen über Mord oder Todtschlag und über die Theilnahme an diesen Verbrechen zur Anwendung.

Daraus folgt, dass geeigneten Falles das Moment der Ueberlegung, spezifisch für den Mord im Allgemeinen, Seitens der Mutter als Thäterin, für deren Strafbarkeit selbst dieses Moment nur als Strafzumessungsgrund in Betracht kommt, festzustellen ist.

Als uneheliches Kind gilt auch jedes von der Ehefrau während der Ehe geborene Kind, welches nicht von dem Ehemanne erzeugt worden ist, also namentlich das im ehebrecherischen Umgange — nach der Voraussetzung der Mutter — erzeugte Kind.

Ob die Tödtung gleich nach der Geburt — Feststellung des Neugeborensseins — erfolgt sei, ist Thatfrage, gehört daher mit zur Beurtheilung der Geschworenen.

Die Beantwortung wird sich ausser dem Befunde an

der Leiche hauptsächlich darnach richten, ob der durch die Geburt in der Mutter hervorgerufene geistige oder leibliche Zustand der Aufregung noch andauerte.

Verheimlichung der Schwangerschaft oder Niederkunft ist nicht mehr strafbar, bilden aber Indicien des Kindsmordes. Dagegen fällt die Beiseiteschaffung des Leichnams eines Kindes unter die allgemeine Vorschrift des § 367 No. 1 des R.-St.-G.-B.

Die fahrlässige Kindestödtung ist inbegriffen im § 222 des R.-St.-G.-B., welcher lautet:

„Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.“

Hier soll der Ausdruck „verursacht“ hervorheben, dass es auf den Causalzusammenhang zwischen der Fahrlässigkeit, i. e. dem fahrlässigen Thun oder Unterlassen und dem erfolgten Tode ankommt.

Namentlich kommt es darauf an, festzustellen, ob der Thäter den Eintritt jenes Erfolges als möglich voraussetzen konnte oder musste. Ob solches der Fall ist, bleibt lediglich Thatfrage.

In strafprozessualer Hinsicht bestimmt § 90 der R.-St.-P.-O. was folgt:

„Bei Oeffnung der Leiche eines neugeborenen Kindes ist die Untersuchung insbesondere auch darauf zu richten, ob dasselbe nach oder während der Geburt gelebt habe, und ob es reif, oder wenigstens fähig gewesen sei, das Leben ausserhalb des Mutterleibes fortzusetzen.“

Durch diese Vorschriften wird am Thatbestande des § 217 des R.-St.-G.-B. nichts geändert, d. h. auch die Tödtung des unreifen Kindes verfällt der Bestrafung wegen Kindsmordes. Die Untersuchung auf Reife und Vitalität erfolgt nur wegen der Bedeutung dieser Momente für die Strafhöhe.

Bei den Untersuchungen wegen Kindestödtung kommen in gerichtlich-medizinischer Beziehung in Betracht:

I. Der psychische und physische Zustand der Mutter, beziehungsweise Angeeschuldigten.

II. Die Untersuchung der Leiche des Neugeborenen und

III. Die begleitenden Umstände, insbesondere die Beschaffenheit der Oertlichkeiten, wo die Geburt stattgefunden haben soll, und wo die Kindesleiche gefunden worden.

I. Der psychische und physische Zustand der Mutter.

A. In psychischer Beziehung hängt die Gesetzgebung über den Kindsmord mit der Lehre von der geminderten Zurechnung zusammen und beruht auf der Anerkennung einer solchen. Die Gründe des Gesetzgebers, sich hier von Vorneherein auf den Standpunkt der geminderten Zurechnungsfähigkeit zu stellen und die Tödtung eines, insbesondere unehelichen Kindes durch die eigene Mutter gelinder zu bestrafen, sind theils politisch-legislatorische, theils medizinische.

Die ersteren sind: Die Angst vor der Schande, die Furcht vor Kränkung, möglicherweise den Misshandlungen von Seite der Eltern, vor Mangel und Entblössung und der

Last der Ernährung des Kindes, die Bestürzung über das nicht so seltene Verlassen sein von Seite des Geliebten, der Groll und Hass gegen denselben, dessen Opfer nun das Kind werden soll, überhaupt jener Sturm von beängstigenden und quälenden Vorstellungen und Sorgen, welche die Seele der ausserehelichen Mutter überfallen und ausser Fassung bringen. Ohne der Immoralität eine Concession zu machen, musste man doch, zumal in den früheren Zeiten der erschwerten Verhehlung anerkennen, dass die Natur dem Menschen ein Recht zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, ja gleichsam eine Anweisung zur Fortpflanzung seines Geschlechtes gegeben habe und übertrug die nachsichtige Stimmung gegen die aussereheliche Schwängerung auch auf ihre Folge, die Kindstödtung.

Der medizinische Grund liegt in der physischen Aufregung des Gefäss- und Nervensystems, welche der Gebärakt in sehr vielen Fällen hervorruft, in jener gereizten und aufgeregten Stimmung, die jene Affekte noch steigern und die Widerstandskraft gegen die verbrecherischen Impulse vermindern muss, ja nicht selten eine Verwirrung der Sinne und Trübung des Bewusstseins herbeiführt.

Ausser diesen beiderlei Gründen hat vielleicht noch für die Annahme dieser Milderung der enge physisch-psychische Zusammenhang gewirkt, in welchem die Mutter sich mit der eben zur Welt geborenen Frucht ihres Leibes fühlt. Sie erscheint zu dieser in einem Verhältnisse, das sie sich ganz anders als das von Person zu Person denkt, vielmehr wie das einer Persönlichkeit zu einem Theile ihrer selbst, der eben noch enge mit ihr verbunden war, einbildet.

Die geminderte Zurechnung kann übrigens ausser der in den Begriff des Kindsmordes selbst gelegten legalen Präsomption auch während der gesetzlichen Frist zur Geltung kommen und begründet dann gleich sonstigen, die Schuld vermindern den ausserordentlichen Faktoren das Vorhandensein mildernder Umstände, da die geminderte Zurechnung in der neuen Gesetzgebung in diesem letzteren Begriffe aufgegangen ist, wenn sich erweislich jene Auf-

regung des Nervensystems bis zur Verwirrung der Sinne mit Trübung des Bewusstseins z. B. bei sehr schwachen Geisteskräften der Angeschuldigten gesteigert hat.

Der Geburtsakt kann selbst einen Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, der gänzlichen Sinnesverwirrung, des Wahnsinns oder der Wuth — *mania parturientium* — oder im *lucidum intervallum* und als Folge der Eclampsie einen Zustand der Bewusstlosigkeit mit gleichzeitigem Handeln herbeiführen, in welchen Fällen die freie Willensbestimmung gänzlich ausgeschlossen und jede Zurechnung aufgehoben erschiene. Uebrigens darf nicht verkannt werden, dass ein besonderer geistiger und körperlicher, die Zurechnung vermindern der Zustand der Gebärenden noch über den gesetzlichen Termin der Aufregung „gleich nach der Geburt“ — im engsten Sinne — noch fort dauern, ja erst nach demselben entstehen könne. Es ist sehr wohl denkbar, dass eine Mutter, die sich bereits erholt hat, — ja selbst erst im Momente des Verlassens einer Entbindungsanstalt*) — wegen Mangel, Schande und Verantwortlichkeit in den Affekt einer unsäglichen Angst, in eine wahre Sinnes- und Verstandesverwirrung geräth, wobei immerhin nur die Deutung zulässig ist, dass es der durch die eigenthümlichen Verhältnisse einer Gebärenden bedingte Seelenzustand ist, der den Entschluss der Mutter zur Tödtung ihres Kindes veranlasst hat, und dass daraus, dass die Neuentbundene körperlich wenig afficirt scheint, nicht auf einen entsprechenden geistigen Zustand geschlossen werden darf, da gerade Geisteskranke in der Regel insensibel sind.

Endlich kann bei einer Gebärenden der Fall eintreten, dass sie gemäss ihres körperlichen und geistigen Zustandes nicht im Stande gewesen, dem Kinde die gerade erforderliche Hilfe zu leisten, da grosse Ermattung und Schwäche, Betäubung und Ohnmacht nach einer allenfalls schweren

*) Weiss, Commentar z. bayer. Strafgesetze v. Jahre 1861 S. 231. Friedreichs Bl. f. ger. Med. Jahrg. XXI S. 169.

Geburt, Eclampsie u. dergl. eintrat, wobei weder die Wehen, noch das Abfließen des Fruchtwassers und auch nicht das Abgehen des Kindes gefühlt wird.

B. Die Untersuchung des physischen Zustandes einer des Kindsmordes Angeschuldigten bezieht sich vornehmlich auf:

a) Die Merkmale einer vor Kurzem stattgehabten Geburt. Der Unterleib ist weich und schlaff, die Haut runzelich — beim Darübergleiten mit der Hand von körniger Beschaffenheit — und zeigen sich zahlreiche blass-rosa oder bläulich-rothe, nach längerer Zeit schuppig schillernde, später weiss-glänzende narbenähnliche Stellen, namentlich in den Leistengegenden, herrührend von Zerreißen des Rete Malpighii, in Folge der vorangegangenen Ausdehnung der Haut. Der Uterus selbst ist vielleicht durch die Bauchdecken hindurch noch als ein harter Körper in der Grösse zweier Fäuste zu fühlen. Der untere Abschnitt der Gebärmutter steht offen und ist eingerissen, weich, schlaff, geschwollen, oder nach einiger Zeit fühlt man eine stumpfe Scheidenportion, die Scheide ist erweitert, fast runzellos, der Eingang in dieselbe ausgedehnt, das Frenulum, zuweilen auch der Damm sind eingerissen — bei reifen Früchten —; aus den Genitalien fliesst Blut, blutiges Serum, später blutgefärbter oder auch reiner Schleim. Der Hof der Brüste färbt sich dunkel, die Brüste selbst können turgescirend, aber auch welk und fettlos und dennoch die Milchdrüsen gut entwickelt, derb anzufühlen sein. Bei mässigem Drucke entleert sich eine blassgelbliche Flüssigkeit — Colostrum*).

b) Die Beckenverhältnisse, insofern ein weites, geräumiges Becken für die Möglichkeit einer überstürzten Geburt spricht:

Das Becken ist als ein geräumiges und weites zu betrachten, wenn mit der Spitze des ausgestreckten Zeigefingers, die anderen Finger eingeschlagen, den Daumen gerade ausgestreckt und auf die Symphyse gelegt und die weichen

*) Ueber die Kennzeichen einer vor längerer Zeit überstandenen verheimlichten Geburt siehe Aeztl. Int.-Blatt 1875 S. 27.

Theile am Schambogen hiebei möglichst verdrängend, weder das Promontorium, noch die Spitze des Steissbeines erreicht wird und die Breite der Hand von der Verbindung der ersten und zweiten Phalanx des Daumens bis zu jener der ersten Phalanx des kleinen Fingers mit seinem Mittelhandknochen in den queren Durchmesser des Beckenausganges von einem Sitzbeinknorren zum anderen gestellt werden kann.*)

II. Die Untersuchung der Leiche des Neugeborenen.

A. In formeller Hinsicht.***) Instruktion für das Verfahren der Aerzte in Bayern bei der gerichtlichen Untersuchung menschlicher Leichen vom Jahre 1880 Seite 25 ff.

Die Durchschnittsmaasse und Gewichte eines reifen Kindes und seiner Adnexa sind folgende:

Durchschnittsgewicht 3 Kgr. — maximum 5200, minimum 1750 Gr. — Durchschnittslänge 50 cm. — maximum 62 cm., minimum 41 cm.***) —

Kopf-	diagonaler	13 cm.
durchmesser	gerader	11 cm.
	querer	9 cm.
Kopfumfang		34 cm.
Schulterbreite		12 cm.
Hüftenbreite		9 cm.
Sagittaler Durchmesser des Brustkorbes		9 cm.
Brust-		28 cm.
Bauch- }	Umfang	27 cm.
Gewicht von Herz und Lungen die ge-		
athmet haben		80 Grm.
Gewicht der Lungen allein		45 Grm.

*) Geburtshilf. prakt. Vademecum f. Stud. und Aerzte von Dr. J. Mair, Erlangen bei Palm 1864 S. 5.

**) Dieser Theil ist als eine anatomische Instruktion bezw. eine Ergänzung zur Dienstes-Instr. aufzufassen.
Der Verf.

***) Caspers Handbch. d. ger. Med. VI. Aufl. II. Bd. Seite 832.

Gewicht des Mutterkuchens	500 Grm.
Breite „ „	18 cm.
Länge der Nabelschnur	54 cm.
Dicke derselben	9 mm.

Wird das Minimalgewicht eines reifen Kindes wie in der Instruction zu 2500 Grammen angenommen, so fehlen bei 1920 Grm. noch mindestens vier Wochen an der Reife und entsprechen 2000 Gramm der zweiunddreissigsten Woche der Schwangerschaft.

Das Trennungsende der Nabelschnur ist entweder scharfrandig — geschnitten, oder gefranst, lappig geschlitzt — gerissen.*)

Der Knochenkern in der Symphyse des Oberschenkels von einem Durchmesser von 3—4 mm. stellt eine dunklere, blutige Stelle in der milchweissen Knorpelschichte mit einem sammtartigen härteren Flecke in der Mitte dar, die durch Trocknen weiss wird, strahliges Aussehen hat und Knochenmasse enthält. Man findet denselben bekanntlich, wenn man nach Eröffnung des Kniegelenkes durch einen horizontalen Schnitt oberhalb desselben und Trennung der Kniescheibe von ihrer Verbindung nach oben das untere Ende des Oberschenkels emporhebt und durch dessen Knorpel horizontale Schnitte führt. Nicht selten fehlt er auch bei reifen Kindern.

Die Kindestheilgeschwulst, Geburtsgeschwulst, Vorkopf ist eine blutige Ergiessung und wässerige Ausschwitzung unter die Kopfschwarte auf dem Scheitelbeine und oberen Theile des Hinterhauptbeines; sie kann sich nur an einem während der Geburt lebenden Kinde bilden und beweist nicht direkt, dass das Kind nach der Geburt gelebt habe, wohl aber, dass es nicht gar lange nach der Geburt noch gelebt habe, indem sie innerhalb 48 Stunden wieder verschwindet. Sulzige Ausschwitzung mit Blutunterlaufung der Kopfhaut an dieser Stelle ist schon als Kopfgeschwulst zu betrachten. Am Steisse oder Gesichte docu-

*) Ueber die weiteren Veränderungen der Nabelschnur siehe unter Neugeborenenheit,

mentirt sich die Geburtsgeschwulst als eine Anschwellung von bläulich-rother Färbung, manchmal mit Blasen von gelblichem Serum gefüllt, die aber keinen rothen Hof haben.

Die Kopfblutgeschwulst (Bluterguss zwischen Schädelknochen und Beinhaut) entsteht gewöhnlich erst vierundzwanzig Stunden nach der Geburt.

Das Zwerchfell reicht beim nicht geathmet habenden Kinde bis zur 4. Rippe herauf, nach dem Athmen entspricht der Stand desselben der 6. bis 7. Rippe.

Man ermittelt den Stand, indem man einen Finger der einen Hand in der geöffneten Bauchhöhle von unten an die höchste Wölbung des Zwerchfells anlegt und mit einem Finger der andern Hand die Intercostalräume von oben herunter zählt, bis beide Finger correspondiren.

Das technische Verfahren zur Untersuchung der Lungen der Leiche eines neugeborenen Kindes behufs Entscheidung der Frage, ob sie lufthaltig sind oder nicht, ob sie also geathmet haben oder nicht, nennt man Lungenprobe oder Athemprobe, oder, da es sich dabei zunächst um die Schwimmfähigkeit der Lungen handelt, Schwimmprobe.

Behufs Vornahme dieser werden die Lungen sammt dem Herzen und der Thymusdrüse in ein mit reinem Wasser von 8—10° R. wenigstens einen Fuss hoch gefülltes Gefäss von gehörigem Umfange gebracht, um zu sehen, ob sie zusammen schwimmen; dann wird das Herz und die Thymusdrüse von den Lungen abgetrennt und letztere allein in das Wasser gebracht, um zu erkennen, ob und in welcher Ausdehnung sie auf der Oberfläche schwimmen, sie werden auch im Wasser untergetaucht und dann ausgelassen, um aus der Raschheit des Emporsteigens den Grad der Schwimmfähigkeit beurtheilen zu können. Sodann werden die Lungen an verschiedenen Stellen eingeschnitten, um ein etwa wahrzunehmendes knisterndes Geräusch, sowie das Hervorquellen von Blut und Schaum zu beobachten. Das Einschneiden in beide Lungen wird unterhalb des Wassers wiederholt, um das Emporsteigen von Luftbläschen und die Verbreitung der

Blutwolke zu beobachten. Bei diesem Verfahren wird ein gelinder Druck auf die Lungen ausgeübt. Da sich die Lungen nicht gleichmässig in Bezug auf ihre Schwimmfähigkeit verhalten, einzelne Theile derselben als fötal, andere als von der Athmung ausgedehnt erscheinen können, so müssen auch die einzelnen Lappen und zuletzt auch noch die einzelnen Stückchen auf ihre Schwimmfähigkeit geprüft werden.

Einschnitte in die Lungen zu machen vor*) Vollzug der eigentlichen Schwimmprobe erscheint nicht räthlich.

Das Foramen ovale in der Scheidewand der Atrien ist nach dem Athmen geschlossen, der Ductus Botalli zwischen der Theilungsstelle der Arteria pulmonalis und der Aorta am unteren Rande des Bogens verlängert, verdünnt und ebenfalls geschlossen. Dass die Valvula Eustachii im rechten Atrium an der Mündung der unteren Hohlader sehr wenig entwickelt ist, ist von keinem Belange für die Erkenntniss des Geathmethabens.

Die Schichten des Fötusschädels sind: Aeussere Haut, Galea, äussere Beinhaut, Knochen, innere Beinhaut, und mit ihr innig verwachsen die harte Hirnhaut, so dass die Eröffnung des Schädels eines Neugeborenen mittelst der Scheere nur unter gleichzeitiger Trennung der harten Hirnhaut erfolgen kann, das Gehirn aber von Arachnoidea und Pia überzogen bleibt. Man kann nun mit einer starken Scheere einen Kreisschnitt um den ganzen Schädel durch Knochen und Dura zugleich machen, wobei aber sehr leicht das Gehirn verletzt wird, und das Schädeldach sich doch nicht eher abheben lässt, als bis man vorne in der Fissura longitudinalis zwischen beiden Hemisphären auch noch die Falx Cerebri durchschnitten hat. Man kann aber auch die faserhäutigen Verbindungen der Knochen des Schädeldaches untereinander mit der Scheere durchschneiden und dann die Knochen so weit auseinanderbiegen, dass man sie rund herum abtrennen kann. Auch bei dieser Methode ist indessen die Falx besonders zu beachten, denn man kann wegen des in der Richtung der zukünftigen

*) Instr. § 23 k. 1.

Pfeilnaht verlaufenden und zwischen den auseinanderweichenden Blättern der Dura mater liegenden Sinus longitudinalis und der sich hier einsenkenden Falx die Knochen nicht einfach mit einem Schnitte zwischen beiden Scheitelbeinen auseinanderschneiden, sondern man muss zwei Schnitte längs den Rändern der Knochen mit etwas schräg gehaltener und unter den Knochen eingeführter Scheere machen und so die Falx cerebri mit dem genannten Sinus von dem Knochen ablösen und vorläufig zwischen den beiden Hemisphären belassen. Es gewährt dies dem Gehirne noch einigen Halt, bis dass man sodann auch die genannten auseinandergebogenen Knochen durchschnitten hat, worauf man auch die Falx durchschneiden muss.

Die natürlichen Ossifications-Defecte, Spalten und Lücken finden sich fast regelmässig an den inneren, einander zugekehrten Rändern der Scheitelbeine, bis zu 3 cm. Ausdehnung einander gegenüberliegend. Sie werden am deutlichsten, wenn man die innere und äussere Beinhaut vom Knochen ablöst. Man halte sie ja nicht für eine durch die — noch nicht vorhandene — Sutura sagittalis hindurchgegangene Fractur. —

Spaltförmige, aber auch rundliche oder ovale isolirte angeborene Defecte kommen in der Knochensubstanz der Scheitelbeine vor, wo auch die durch den natürlichen Geburtsvorgang oder durch äussere Gewaltthat entstandenen Fissuren und Fracturen gewöhnlich ihren Sitz haben.

Die natürlichen Zwischenräume zwischen den einzelnen Knochen sind manchmal von sogenannten Zwickelbeinen — Schaltknochen, Oss. Worm. — ausgefüllt, entstanden durch abgesonderte Bildung eines Knochentheiles an der Stelle der kleinen Fontanelle; sie haben keine Ränder wie Brüche, sondern sind durch eine häutige Masse mit den wirklichen Schädelknochen verbunden.

Die Knochen des Schädeldaches eines Neugeborenen erscheinen natürlich roth und mit Blut überfüllt, — wozu noch die Ueberfüllung durch den Geburtsdruck kommt, daher auch an nach dem Tode des Kindes entstandenen Bruch-

rändern intensiv rothe Färbung und Befeuchtung mit extravasirtem Blute vorkommen kann. — Das Gehirn ist, wenn auch noch ganz frisch, sehr weich, fast gallertartig und der Unterschied zwischen grauer und weisser Substanz um so weniger scharf ausgesprochen, als das ganze Gehirn naturgemäss ausserordentlich blutreich ist.**)

B. In materieller Hinsicht. Zergliedert man den gesetzlichen und strafprozessualen Thatbestand des Kindsmordes, so ergeben sich folgende Nachweisungen:

1) Ist das Kind ein neugeborenes, d. h. ist es während (in) oder gleich nach der Geburt umgekommen?

2) Ist es reif und lebensfähig (in Beziehung auf Strafzumessung)?

3) Hat es nach der Geburt gelebt, beziehungsweise geathmet?

4) Ist es vor, während oder nach der Geburt gestorben? und zwar:

5) Eines natürlichen oder gewaltsamen Todes? in letzterem Falle

6) Durch Zufall — Geburtsakt; durch die Schuld der Mutter oder eines Andern — doloser oder culpoſer Weise; durch Handlung oder Unterlassung, zufällige, fahrlässige oder absichtliche des bei und nach der Geburt nöthigen Beistandes?

1) Die Neugeborenenheit ist gleichsam der physiologische Ausdruck des gesetzlichen Requisites, dass das Kind in oder gleich nach der Geburt umgekommen sei, wobei man aber nicht vergessen darf, dass dem gesetzlichen Begriffe der Neugeburt nicht der physiologische, sondern der oben entwickelte criminalistische Standpunkt unterlegt werden muss und man daher auch Casper nicht ganz beipflichten kann, wenn er die Veränderungen an der Nabelschnur und dem Nabelringe nicht für Beweise der Neugeborenenheit gelten lassen will, weil sie nicht gleich nach der Geburt erfolgten.**)

*) Prof. Dr. v. Bischoff im ärztl. Int.-Bl. v. Jahre 1863 No. 42.

**) Caspers prakt. Handb. d. ger. Med. 6. Aufl. II. Bd. S. 815.

Die Kriterien der Ausmittlung der Neugeburt liegen in:

a) der dunkelrothen und glattaugespannten Haut, die am zweiten Tage heller, schlaffer und am dritten Tage gelblich wird, dem Vorhandensein der Vernix caseosa, deren Mangel aber nicht gegen die Neugeborenenheit spricht;

b) dem Vorhandensein des Kindspechs, Meconium, im Darne, das gewöhnlich innerhalb 48 Stunden bis längstens am 3. Tage entleert wird;

c) der Leere des Magens, nur Schleim, in einzelnen Fällen Fruchtwasser enthaltend, vorausgesetzt, dass man das Kind nicht absichtlich hat durch zwei Tage hungern lassen;

d) der Beschaffenheit des Nabelschnurrestes, welcher in der Regel nicht der Fäulniss, sondern der Eintrocknung unterliegt.

Am ersten Tage noch frisch und saftig fängt er doch schon an seinem Ende an zu vertrocknen, und wird dabei bläulich, welk, runzelig und glatt, die Bauchhaut bekommt nach 24 Stunden an der Grenze der Insertion des Nabelstranges einen rothen Saum und schwillt etwas an. Eine blosse hochrothe Linie um die Insertion des Nabelstranges herum bildet sich schon im Uterus und wird daher auch bei todtgeborenen (frischen) Kindern gefunden. — Am zweiten Tage wird der Nabelschnurrest trocken, gekrümmt, bandartig, nur das Bauchende ist noch rundlich, gelb, saftig und endet mit einer auf der Nabelgrube sitzenden gelbbraunen, hornartigen Scheibe, unter der sich eine schmierige Masse befindet. Am dritten Tage ist derselbe ganz vertrocknet, bräunlich mit blauen und schwarzen Stellen, oder ganz schwarz, hebt man ihn empor, so gewahrt man die übelriechende Nabelgrube, die von jener Scheibe schildförmig bedeckt ist, stark eiternd, worauf zwischen dem vierten und achten Tage Abstossung erfolgt.

Doch kann die Beschaffenheit des Nabelschnurrestes nur für den Schluss massgebend sein, ob das Kind in den zweiten Tag hinein gelebt habe, oder nicht, aber nicht für

länger, da auch an der Leiche nicht blos an warmen und trockenen Orten, sondern unter allen möglichen Verhältnissen Fortvertrocknung des Nabelschnurrestes stattfindet.

Nur die anderen Zeichen der beginnenden Abstossung des Nabelschnurrestes (entzündliche Anschwellung und Röthung der Bauchhautränder um den Nabelring, oder eiterige Absonderung aus dem letzteren) lassen auf ein längeres Leben nach der Geburt schliessen. Uebrigens vergesse man nie zu erwägen, dass auch der Zeitraum zwischen Tod und Obduction zur Austrocknung des Nabelstranges habe beitragen müssen, und wenn daher trotzdem letzterer noch etwas sulzig ist, so darf man schliessen, dass auch dieses Ende noch ziemlich frisch war, als das Kind verstarb, wie umgekehrt die Annahme, dass ein Kind, wenn es gelebt hat, innerhalb 24 Stunden nach der Geburt seinen Tod gefunden habe, nicht aus dem Umstande widersprochen werden darf, dass der Nabelschnurrest braunroth und sehr wenig sulzig ist.

Ein vorher mumificirter Strang bleibt, auch wenn die Leiche in das Wasser geworfen wurde, und wenn er auch verwaschen und grauweiss aussieht, doch lederartig.

Ein Faulen der Nabelschnur kommt bei Leichen nur im Wasser, im Leben bei sehr saftigen Nabelsträngen bei Puerperalfieber vor, oder wenn auf schwere Geburten mit Hirnblutung rasche Dissolution erfolgt.

e) der fötalen Stellung mit in den Ellenbogen- und Kniegelenken schwach gebeugten Extremitäten und an den Leib angezogenen Oberschenkeln;

f) der Kindsgeschwulst, Vorkopf, die nach 12 bis 48 Stunden verschwindet;

g) dem Mangel aller Reinigung, Spuren von Blut, der schlüpfrigen Feuchtigkeit der Körperoberfläche;

h) der Anhäufung von Schleim in den Luftwegen, welche man nur bei Kindern, die nicht zum vollständigen Athemholen gelangen, findet.

2) Reife und Lebensfähigkeit gehören nur strafprozessual — bezüglich der Breite der Strafzumessung — zur Untersuchung wegen Kindstödtung, weil einerseits jeder Mensch auf eine Minute seines Lebens das gleiche Recht hat, wie auf Monate und Jahre, es aber doch andererseits dem gemeinen Rechtssinne widersprechen würde, wenn die gleiche Strafe die Mörderin des reifen und ein gedeihliches Fortleben versprechenden Kindes treffen sollte mit jener, welche ihre unreife, kümmerlich ein paar Stunden zu leben befähigte, oder mit die Lebensfähigkeit ausschliessenden Missbildungen behaftete Frucht tödtet, da das Tödtende für eine solche Frucht eigentlich die Geburt selbst ist.

a) Ausser Maasse und Gewichte*) gehören noch zur Bestimmung der Reife: die Festigkeit, Fülle und Rundung aller Theile, die knorpelige Beschaffenheit der Nase und Ohren, hornartige, über die Spitzen der Finger hervorragende Nägel, das Vorhandensein beider Hoden im Hodensack, das Bedecktsein der inneren Schamlippen von den äusseren, die Fruchtschmere, der Knochenkern von 3—4 mm. Breite, eine derbe, nicht gerunzelte Beschaffenheit der Haut; die Kopfhare sind bis zu 3 cm. entwickelt, die Augenbrauen sind vorhanden, das Wollhaar und die Pupillarmembran dagegen verschwunden. Die Länge des Kindes hat hiebei neben den übrigen oben angegebenen Zeichen mehr Bedeutung in Beziehung auf die Lösung der Frage nach der Reife des Kindes, als das Gewicht.

Die Erfahrung spricht jedoch gegen zu genaue Altersbestimmungen aus den Verhältnissen von Maassen und Gewicht der Frucht, indem auch eine kleinere, in der Entwicklung zurückgebliebene Frucht nach normaler Dauer der Schwangerschaft geboren werden kann. Es sind Fälle von Differenzen bei Zwillingen bekannt, welche 2 Monate betragen, und wo die Früchte in einem Chorion getragen wurden.**)

*) Siehe Seite 5.

**) Berliner Centr. Zeitg. 1867 No. 68.

b) Der Begriff der Lebensfähigkeit setzt sich theils aus dem im Mutterleibe erlangten Grade der Entwicklung, der die Frucht befähigt, das Leben ausser dem Leibe der Mutter fortzusetzen, theils aus dem Fehlen von Missbildungen und organischen Fehlern, welche das Kind ausser Stand setzen, fortzuleben, zusammen. Hier wird als der Mutter — die aber nur selten hierauf reflectirt — möglicherweise bekannt, nur die erste Rücksicht in Frage kommen.

Strenge genommen wird man Angesichts der so häufigen Erfahrung, dass eine so grosse Menge Neugeborener in der ersten Lebenszeit aus unbekannten Gründen stirbt, selbst bei vollständig ausgetragenen und wohlgebildeten Früchten unter Lebensfähigkeit nur die Möglichkeit, nicht die Wahrscheinlichkeit, das Leben auf eine gewisse Zeit fortzusetzen, verstehen können, während der Beweis der Lebensunfähigkeit aus der Unreife oder der Missbildung geführt werden kann.

In ersterer Hinsicht erreicht das Kind jenen Grad der Entwicklung mit dem Schlusse des 7. Sonnenmonats (Mitte des 8. Mondmonats*) des Fruchalters, so dass ein in der 31. Schwangerschaftswoche, oder später geborenes Kind als lebensfähig betrachtet wird.

Die Länge beträgt dann 42 — 45 cm. Die Schwere 1 — 1,5 Kilo. Die Kopfknochen sind weich und leicht verschiebbar, die Gliedmassen schwächlich und welk, die Fettablagerung sehr gering, daher die Haut runzelig und das Gesicht ältlich aussehend, die Hoden befinden sich noch im Bauchringe, die äusseren Schamlippen bedecken die inneren noch nicht, das Wollhaar ist noch vorhanden, die ziemlich dünnen, kaum die Spitzen der Finger erreichenden Nägel deuten höchstens die erreichte Grenze der Lebensfähigkeit an.

Das Urtheil über die Lebensfähigkeit in dieser Richtung ist nach den bedeutenden Differenzen in der Entwicklung der einzelnen Früchte, wie in den Angaben der verschiedenen Autoren nicht immer leicht. Es wird aber aller-

*) Nach Maschka im 7. Monate.

dings auch nur eine so platte Unreife oder so klare Missbildung, dass sie zur Todesursache werden muss, richterlich stark in's Gewicht fallen.

Finden sich an der Leiche eines Neugeborenen weder die Zeichen der Reife, noch der Lebensfähigkeit, ist demnach das Kind vor Vollendung des 7. Monats geboren, so ergibt sich daraus mit aller Entschiedenheit, dass das Kind sein Leben in Folge des zufrühen Eintritts der Geburt verloren hat, wenn die Grenze des erreichten Fruchtalters als näher der 28. als der 31. Schwangerschaftswoche liegend festgestellt werden kann.

Die wesentlichsten, hier in Betracht kommenden Momente der Entwicklung der Leibesfrucht in den fraglichen Monaten sind:*)

Am Schlusse des 7. Mondmonats wird der Foetus bis zu 38 centimeter lang und $1\frac{1}{2}$ —4 Zollpfund schwer, nach Buchner angenommen; nach Casper 36,4—39 cm. lang, 1500—1700 Gramm schwer

Die Pupillarhaut ist verschwunden.

Wird das Kind am Schlusse dieses Monats geboren, so wimmert es leise und stirbt nach wenigen Stunden.

Am Schlusse des 8. Monats ist der Foetus bis zu 41 cm. lang und 2—5 Zollpfund schwer nach Buchner; 39,0—41,5 cm. lang, 1500—2500 Grm. schwer nach Casper.

Die Nägel erreichen die Spitzen der Finger und Zehen noch nicht. Die in diesem Monate geborenen Kinder können unter günstigen Verhältnissen und bei sorgsamer Pflege am Leben erhalten werden.

Am Schlusse des 9. Monats erreicht der Foetus bis zu 44 cm. Länge und ein Gewicht von 3—6 Zollpfund, nach Buchner; 44,2—46.0 cm. Länge, gegen 3000 Gramm Gewicht nach Casper.

Die Runzeln der Haut verlieren sich, das bisher ältliche Gesicht wird freundlicher, die Fontanellen werden kleiner, die Hoden sind schon im Beginne des Monats in den Hodensack herabgestiegen, oder steigen jetzt herab.

*) Buchners Lehrb. II. Aufl. S. 412. Caspers Hndbch. Thl. II. S. 823 und 832.

Am Schlusse des 10. Monats erlangt das Kind seine völlige Reife, eine Länge von 48—58 cm., ein Gewicht von 3,0—3,5 Kilogr. nach Buchner; 50,0 cm. Länge, 3256 Gramm Gewicht nach Casper, und mit ihr jene Eigenschaften wie sie oben näher auseinandergesetzt wurden.

3) Hat das Kind nach der Geburt gelebt, beziehungsweise geathmet?

Man hat ein Leben ohne Athmen, eine Fortdauer des Fötalzustandes, einen Scheintod angenommen, in welchem Bewegungen — Wimmern — stattgefunden hätten und geglaubt, auch für in diesem Zustande dem Kinde angethane tödtliche Verletzungen die nöthigen Kriterien des Gelebens auffinden zu können, als wie: „Anzeichen der Fortdauer der Blutcirculation bei beträchtlichen, zumal geronnenen Blutergiessungen bei Schädelzertrümmerungen, die nicht durch die Geburt hätten geschehen können und an den mit Blut infiltrirten Rändern der gebrochenen Knochen, an der pergamentartigen Vertrocknung der von einer scharfen Flüssigkeit oder einem Würgebände getroffenen Stellen, an den Sugillationen durch Fingereindrücke am Halse, an einem im Zellgewebe des Nabelstranges verbreiteten Extravasate an einer Stelle, wo dieser blos durchschnitten war, an Blutaustretungen, den sogenannten Petechialblutungen, durch die Anstrengungen beim Anfange des Athmens unter der Pleura, am Herzen, am Stamme der Lungenarterien, an der Gegenwart von Ertränkungsflüssigkeit im Magen, Schmutz in den Bronchien, etc. etc.“^{*)}, — Alles bei negativen Resultaten der Lungenprobe.

„Es gibt, wie auch Casper^{**)} zugestanden hat, ein gewöhnlich sehr kurzes post-partum-Leben ohne Athmung, aber in der Regel fehlen die Erkenntniszeichen für das Vorhandengewesensein eines solchen, nachdem es verschwunden, und die Obduction ist ausser Stande dasselbe nachzuweisen.

^{*)} Dr. J. Mairs Jurist.-med. Commentar z. bayr. preuss. u. österr. Strafgesetzbuch IV. Bd. S. 38.

^{**)} Caspers Hdbch. Bd. II. S. 854.

Immerhin werden diess ungemein seltene und als solche in ihrer Eigenthümlichkeit aufzufassende Fälle sein, deren Sachlage dem Richter vorzulegen und wobei es diesem zu überlassen ist, in wie weit hier der Beweis einer Schuld geführt ist.“

Casper, und mit ihm die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen zu Berlin haben aber im Jahre 1855 den Satz aufgestellt „Leben ist Athmen“ oder, ein Kind, welches geboren worden ist ohne geathmet zu haben, ist als todtgebornes zu betrachten, wenn es nicht nach der Geburt noch zum Athmen gebracht worden ist.

Den furchtbaren Gefahren gegenüber, denen hier die angeschuldigte Person durch eine falsche Schlussfolgerung ausgesetzt erscheint, wird man auch in der Praxis sich lieber mit der Restriction, dass kein vollständiges Athmen zu diesem Lebensbegriffe nothwendig ist, diesem Satze und der Deduction Buchners^{*)} anschliessen, dass sich die Fortdauer des Fötallebens nach dem Austritte aus dem Mutterleibe an der Kindsleiche nicht nachweisen lasse und wenn ein solches Kind von der Mutter einen Streich empfangen, wodurch das fötale Leben vernichtet wurde, bevor das selbstständige (Athmungsleben) erwachte, wenn ihm z. B. der Schädel zertrümmert wurde, so könne die ärztliche Untersuchung nicht auffinden, ob das Kind im Momente des Streiches noch das fötale Leben besessen, oder ob diess bereits erloschen gewesen. In diesem Sinne, dass sich das fötale Leben nach der Geburt nicht nachweisen lasse, seien Leben und Athmen in foro identisch.^{**)}

Hat daher ein Kind nach der Beschaffenheit seiner Lungen nicht geathmet, so muss es in der Regel als für vor oder in der Geburt verstorben gelten; jedoch darf auch hier nicht vergessen werden, dass scheinodte Kinder,

^{*)} Buchners Lehrb. II. Aufl. S. 413.

^{**)} Friedrichs Bltt. Jhrg. 1876 S. 387

selbst verscharrt, noch nach mehreren Stunden zum Leben erweckt wurden.^{*)}

Der Beweis, dass Athmen stattgehabt, wird durch die Lungenprobe, i. e. die Untersuchung des Brustkorbes und der Lungen geliefert.

Beim Kinde, das nicht geathmet hat, ist die Brusthöhle sehr wenig geräumig, das Zwerchfell reicht bis zur vierten Rippe herauf, die Lungen werden nach der Eröffnung der Brusthöhle nicht sichtbar, sondern liegen ganz nach rückwärts an die Wirbelsäule gedrängt und fühlen sich fest an, sind klein, dunkelroth-braun, leberähnlich, auch wohl bläulich, violett, ihre Ränder sind scharf, die Enden der Lappen dünn und zugespitzt, sie schwimmen nicht im Wasser, knistern nicht beim Einschnitten und lassen keinen blutigen Schaum austreten, entwickeln auch unter dem Wasser eingeschnitten keine Luftbläschen und keine Blutwolke.

Dagegen füllen die Lungen des Kindes, welches geathmet und also gelebt hat, die Brusthöhle vollkommen aus, wodurch auch der Brustkorb gewölbt erscheint, das Zwerchfell steht an der siebenten Rippe, entsprechend dem unteren Rande der falschen Rippen, ist nicht mehr so hoch nach oben gewölbt, sondern flacher.

Nach Wegnahme der vorderen Brustwand zeigen sich die Lungen den Herzbeutel in normaler Weise deckend, sie sehen rosenroth, oder rosamarmorirt, mit weissem Grunde aus, fühlen sich schwammig, elastisch an, ihre Ränder sind stumpf, besonders der rechten Lunge, sie schwimmen auf der Oberfläche des Wassers und gehen sofort wieder auf diese zurück, wenn sie untergetaucht werden. Eingeschnitten lassen sie ein Knistern vernehmen, zugleich tritt hellrother, blutiger Schaum aus den Einschnitten aus, welche Erscheinung sich verstärkt, wenn ein gelinder Druck gegen den Schnitt ausgeübt wird. Unter dem Wasser eingeschnitten und gedrückt lassen sie Luftbläschen

^{*)} Hitzigs Annalen, fortgesetzt von Demme 1839.

hervortreten, die an die Oberfläche des Wassers emporsteigen, wobei sich zugleich durch das austretende Blut eine Blutwolke im Wasser bildet.

Bei Einschnitten in die Lungen Todtgeborener lässt sich das Blut nur durch starken Druck hervorpressen, während nach eröffnetem kleinen Kreisläufe das Blut schon bei mässigem Drucke auf die Schnittflächen hervorquillt und eine schaumige Beschaffenheit hat. Nach den Beobachtungen von Hecker kann aber auch eine fötale Lunge eine auffallende Menge Blut enthalten.

Man soll aber auch stets daran denken, dass das Ergebniss der Lungenprobe nicht immer in allen Theilen der Lungen übereinstimmend ist, sondern einzelne Stückchen der Lungen schwimmen, andere dagegen untergehen, wie sich auch diese verschiedene Beschaffenheit der Lungen schon äusserlich kund gibt. Die lufthaltigen Theile sind ausgedehnt, elastisch, rosaroth, die luftleeren bräunlich, oder dunkelroth. So erscheinen auch die Lungen im Ganzen in manchen Fällen weder vollkommen lufthaltig, noch vollständig luftleer, der eine Flügel kann lufthaltig, der andere das Gegentheil sein; oder es sind einige Lungenlappen luftleer, andere lufthaltig, der grössere Theil der Lunge luftleer, oder umgekehrt; manchmal auch schwimmt die ganze Lunge, oder ein Theil derselben, ungeachtet dem äusseren Ansehen nach die Lunge als fötal erscheint. Freilich schwimmt in solchen Fällen gewöhnlich die Lunge nicht auf der Oberfläche des Wassers, sondern unter derselben, zum Zeichen, dass der Luftgehalt nicht sehr gross, nicht der normale ist. Alles das sind die Kennzeichen des mehr oder weniger entwickelten Athmungslebens.

Eine mangelhafte Schwimmfähigkeit, oder eine geringe Lufthaltigkeit kann von unvollkommenen Athmungsversuchen herrühren, da das Kind wohl den ersten Anlauf zum selbständigen Leben gemacht, dasselbe aber nicht fortgesetzt hat.

Ein solcher Zustand der nicht vollkommenen Luft-

haltigkeit der Lungen kommt als Atelectasie auch bei fortlebenden Kindern vor, ist dann aber immer mit Lebensschwäche verbunden.

Es gehört sehr wenig Athmung dazu, um die Lungen vollkommen mit Luft zu füllen. Wo die Lungen nur mangelhaft mit Luft gefüllt sind, muss demnach die Athmung äusserst unbedeutend gewesen sein, aber sie bedeutet immerhin das Gelebthaben des Kindes.

Die Einwürfe, welche, abgesehen von der oben besprochenen Fortdauer des Fötalzustandes nach der Geburt, Scheintod, Leben ohne Athmen, — wozu die von Schröder*) und Hecker**) mitgetheilten Fälle nicht gezählt werden dürfen, in welchen bei Neugeborenen, die zweifellos geathmet und geschrien haben, dennoch die Lungen sich absolut luftleer fanden, nachdem sie einmal Luft enthalten haben mussten, welche Erscheinung Schröder für hauptsächlich bedingt durch eine ganz allmählig ermattende Einathmungsthätigkeit hält, Fälle, in welchen, wie beim Morde im Fötalzustande, eine einsame Gebärende und des Kindsmords Schuldige unbestraft bliebe, — gegen die Untrüglichkeit der Schwimmprobe erhoben werden, sind:

1) Das mögliche Geathmethaben im Mutterleibe, Athmungsversuche vor vollendeter Geburt mit mangelhafter, oder vollständiger Luftfüllung der Lungen, wobei aber das Leben verloren geht, wenn die einmal begonnene Athmung nicht fortgesetzt wird, — kann nur in solchen Fällen vorkommen, in denen das Kind mit dem Gesichte vorliegt, oder die geburtshilffliche Hand der Luft den Zutritt zu der Leibesfrucht gebahnt hat, daher in Fällen von angeschuldiger Kindstödtung davon nicht die Rede sein kann. —

Hierher gehört auch das überhaupt noch bestrittene Vorkommen eines spontan entstanden sein sollenden Emphysems der Lungen bei Neugeborenen, sowohl eines

*) Deutsches Archiv f. klin. Medizin. Bd. VII Heft 4.

**) Virchow's Archiv f. path. Anatomie u. Physiologie XV. 5 u 6.

vesiculären (Ausdehnung der Luftbläschen selbst) als des intralobulären und subpleuralen (Luft im Bindegewebe der Lunge), von welchem man theoretisch angenommen hatte, dass diese beiden Arten von Emphysem Produkte krankhafter Gasexhalation aus dem Blute, oder durch das Eindringen eines in dem Uterus sich ansammelnden Gases entstanden seien.

Bei dem noch am meisten beweisen sollenden Hecker'schen Falle hatten die Lungen nicht die bekannte rothbraune Farbe fötaler Lungen, sondern waren viel heller, grauroth und fühlten sich schwammig an; beide Lungen schwammen vollkommen, sie waren nicht nur stark mit Blut gefüllt, so dass sich aus Einschnitten in das Parenchym schaumiges Blut entleerte, sondern an vielen Stellen der Oberfläche, namentlich an den Rändern fand sich ein unverkennbares Emphysem, wie nach unvorsichtigem Lufteinblasen bei scheintodten Kindern.

Hecker aber erklärt sich auch in diesem Falle für eine intensive Athmung im Uterus nach abgeflossenen Fruchtwasser, da die Gebärende oft mit halber Hand untersucht wurde und durch die enge Umschliessung des Kindes durch den Uterus der Plazentarkreislauf gestört wurde.*)

Ein Schein-Emphysem eines einzelnen Lungenlappens entsteht, wenn ein solcher für ein der Hepatisation verfallenes Nachbargewebe die Funktion mit übernehmen musste. Eine solche Hepatisation zeigt schmutzig violett-rothe Farbe, ein brüchiges, leicht zerreissliches, doch succulent Gewebe, fibrinhaltiges, oder albuminöses Exsudat in den Lungenzellen, daher auch bei Einschnitten nicht ein röthliches Serum, sondern blutiger Schaum und eiweisartiger, zäher Schleim in kleinen Tropfen ausfliesst. Nach Güntner**) soll sich eine hepatisirte von den fötalen Lungen noch dadurch unterscheiden, dass bei letzteren die Läppchen deut-

*) Virchow's Archiv f. path. Anatomie und Physiologie. XVI. 5. 6.

**) Güntner's Hndbch. d. ger. Med. Regensburg 1850 S. 127.

lich getrennt, bei den entzündeten verstrichen sind und entzündete Stellen sich nicht aufblasen lassen, wie fötale; endlich in der Umgebung der entzündeten Parthie in Folge des consecutiven Emphysems sich sehr deutliche, oft grosse Luftblasen befinden, von denen fötale Lungen keine Spur zeigen.

2. Das Einblasen von Luft ist praktisch eben so wenig von Bedeutung, da es kaum von der Mutter, die man nachträglich im Verdachte des Kindsmords hat, zur Belebung des scheinotzten Kindes als geschehen vorausgesetzt werden kann, zu einer Vermuthung des Geschehenseins aus feindseliger Absicht gegen diese aber von einer dritten Person aus der Aktenlage eine ganz besondere Veranlassung gegeben sein müsste.

Das Lufteinblasen ist übrigens ohne sachverständige Kenntniss nicht leicht, und entweder dringt die Luft in den Magen, oder die Lungen werden mit Luft überfüllt und Emphysem derselben, besonders interlobuläres bei ungleicher Ausdehnung des Lungengewebes bewirkt. Zudem kann durch das Lufteinblasen wohl Luft in die Lungen gebracht, aber nicht der Blutzufluss zur Lunge erwirkt werden, ausser bei Wiederherstellung des Lebens; es findet sich daher kein blutiger Schaum in den Lungen und die äussere Farbe derselben ist nicht marmorirt, sondern gleichmässig zinnober-(kreb)sroth.

3. Die Schwimmfähigkeit der Lungen kann von Fäulnisgasen herrühren. Die Lungen faulen aber sehr spät und können, wenn sie nicht geathmet haben, durch die Fäulniss niemals so ausgedehnt werden, dass sie den Brustkorb ausfüllen, und eine grosse Parthie derselben sofort nach Eröffnung der Brusthöhle zu Tage tritt, sondern sie werden selbst bei vollkommener Schwimmfähigkeit in die Brusthöhle eingesenkt bleiben und den Herzbeutel nicht bedecken.*)

In höheren Verwesungsgraden zeigen die Lungen unter

*) Friedreich's Bltt. 1872. S. 278.

dem Lungenfelle helle, linsen- bis erbsengrosse Fäulnissblasen, eine schwärzliche Farbe und mürbe Beschaffenheit, nicht mehr die elastische Consistenz.

Rührt der durch die Schwimmfähigkeit constatirte Luftgehalt allein von der Fäulniss her, so müssen die Lungen nach Eröffnung jener Blasen sofort im Wasser untersinken, wenn die Fäulniss nicht vollständig in das Innere der Lungen eingedrungen ist, wie das Herz, welches gleichfalls, mit Fäulnissblasen bedeckt, im Ganzen vollkommene Schwimmfähigkeit, nachdem es aber zerschnitten, sofortiges Untersinken der meisten Stücke zeigen kann, während einzelne, mit Fäulnissblasen besetzte Stücke erst nach erfolgter Eröffnung derselben untersinken.

Bei einer solchen faulen Beschaffenheit der Leiche, dass auch andere Organe, z. B. Herz, Leber schwimmen, kann die Lungenprobe kein sicheres Ergebniss mehr liefern; höchstens noch ein negatives, nämlich wenn die Lungen untersinken. Casper.

Andere Unterstützungs- und Ergänzungsproben der Schwimmprobe, wie die Ploucquet'sche Blutlungenprobe, die Autenrieth'sche Leberprobe, die Bernt'sche hydrostatische Lungenprobe, die Tourtual'sche aërostatistische Athempoke,*) die Daniel'sche Athempoke, die Magen- und Darmprobe, die Probe aus dem Harnsäure-Infarkt haben den Erwartungen nicht entsprochen, die man von ihnen hegte, und sind daher wieder verlassen worden.

4. Ist das Kind vor, während oder nach der Geburt gestorben?

a) Vor der Geburt: Dass Verletzungen des Kindes vor der Geburt, (zur Unterscheidung von jenen, welche durch den Geburtsakt, oder erst nach der Geburt zugefügt wurden) namentlich Schädelbrüche (Fötalverletzungen durch penetrirende Bauchwunden bei Schwangeren bleiben hier ausser Erwägung), welche dem Kinde durch Stoss, Tritt, Wurf, Fall gegen den schwangeren Leib zugestossen sein sollen,

*) Boecker's Memoranda d. ger. Med. Iserlohn u. E. 1854 S. 129.

möglich seien, ist nicht in Abrede zu stellen. Besonders kann diess der Fall sein, bei brüchigen Extremitätenknochen der Früchte syphilitischer Schwangerer. (In den Lungen solcher (syphilitischer) Früchte findet man nicht selten den Tuberkeln ähnliche, mitunter schon zerfallene Knoten, Syphilome.) In Betreff tödtlicher Schädelverletzungen, als hier der grössten Seltenheiten, wird aber die grösste Vorsicht vor übereilter Beschönigung einer erst nach der Geburt entstandenen Tödtung nöthig sein. Die Art der Fraktur, Frische, Callus, und eine genaue Ermittlung des Geburtsvorganges und der eingewirkt haben sollenden äusseren Schädlichkeit wird für die Beurtheilung massgebend sein. Die Möglichkeit tödtlicher Einwirkungen von Gewaltthätigkeiten auf die Schwangere durch Erschütterung des Uterus und der Frucht mit Trennung der Placenta und ihren Folgen, tödtlicher Gehirnerschütterung, Rupturen von Organen und Gefässen, kann nicht bezweifelt werden. Die Todtgeburt wird aber bei Gewalten, die einen Schädelbruch in utero hervorgerufen haben sollten, wie in den letztgenannten Fällen die Regel sein. Diess allein wird schon ein Grund sein, bei Kindern, die noch nach der Geburt gelebt hatten und mit Schädelverletzungen aufgefunden wurden, diese nicht als intra-uterine, vielleicht angeblich sogar längere Zeit vor der Geburt schon entstandene Verletzungen gelten zu lassen. Man vergleiche bei Todtgeborenen den Zeitpunkt der etwa stattgehabt haben sollenden schädlichen Einwirkung mit den vielleicht an der Mutter geoffenbarten Zeichen des Absterbens der Frucht und den Grad der Fäulniss der letzteren mit dem Zeitraume zwischen Geburt, beziehungsweise Tod und der Obduction.

Bei todthaul geborenen Früchten ist die Haut kupferroth, stellenweise dazwischen fleischfarben und die bei anderen Leichen nach 24 bis 72 Stunden je nach der Temperatur und individuellen Bedingungen auftretende grünliche Färbung der Bauchdecken, wenn der Kindsleichen nicht längere Zeit an der freien Luft gelegen ist, nicht vorhanden. Nie fehlen Abgänge der Epidermis und neben

frischeren derartigen Stellen zeigen sich ältere, in denen der Grund schon gedunkelt, auch verhärtet ist; ausserdem sind die excoriirten Parthieen schmierig, oder sondern ein stinkendes, blutig-seröses Fluidum aus; manchmal ist die Epidermis weiss, verdickt und leicht entfernbar. Eine bloss mürbe, schmierige und sich selbst abschälende Oberhaut wird auch oft an frühreifen, oder mit Blasenausschlag behafteten lebend-geborenen Früchten wahrgenommen.

Man beachte den Zeitpunkt der zuletzt wahrgenommenen Kindsbewegungen, eventuell des Herzschlages, Krankheiten, allgemeine oder Lokalaffectationen des Uterus, der Ovarien, Gemüthsaffekte, Missbrauch von Spirituosen, schwächende Ausleerungen, übermässige Anstrengungen von Seite der Mutter, weit fortgeschrittene Krankheitsprozesse, Destructionen in den Organen der Kindsleiche und der Fruchtanhänge.

Als Erscheinungen, die gewöhnlich nach dem Absterben der Frucht im Uterus bei der Mutter sich einzustellen pflegen, sind bekannt: Schüttelfrost, lästiger Druck auf den Mastdarm und die Blase, oder in den Seiten des Unterleibes, Ohrensausen, Kopfschmerzen, Erbrechen, Ohnmachten, übelriechender Athem, Zurücktreten des Nabels, Einsinken des Bauches, Fallen des Kindes von einer Seite zur andern, Abfluss von Kindspech oder Blut.

Dabei ist aber nicht zu vergessen, dass ein Absterben der Frucht im Mutterleibe erfolgt sein kann ohne Erscheinungen im Befinden der Mutter hervorgerufen zu haben.

b) Während der Geburt kann der Tod des Kindes erfolgen durch Gehirnhyperämie und Hämorrhagie, die erstere nicht selten combinirt mit fötaler Erstickung. Nach Virchow*) „treten die Bedingungen zu Hämorrhagieen der Neugeborenen häufig während der Geburt ein, wie es scheint, unter Verhältnissen, wo eine dauernde Ansammlung von Blut in den inneren Organen gegeben ist. Man findet dann

*) Verhandlungen d. Gesellschaft für Geburtshilfe in Berlin. 1847 Bd. II pag. 191.

nicht blos kleine Extravasatpunkte in der Nierensubstanz, sondern auch ausgedehnte Hyperaemie des Gehirns, der Leber, nicht selten mit Blutungen in die Schädelhöhle, mit fast regelmässiger Beimischung von Blut zur Galle, welche dadurch einen eigenthümlichen Stich ins Röthliche erlangt. Manchmal sind die Blutaustretungen aber evident schon längere Zeit vor der Geburt erfolgt, und in solchen Fällen mögen sie mit Circulations-Störungen zusammenfallen, welche den Tod des Fötus bedingen. Es gibt indessen keine Zeichen, wodurch das mitgeborene Extravasat von den nachher entstandenen unterschieden werden könnte.“ Die Gebärmutter kann den Schädel durch Andrängen gegen die Beckenknochen zerdrücken, Fissuren, Knochenbrüche, zumal mit gleichzeitigem Bestehen eines Ossifications-Defektes, zwar meist nur bei schweren Geburten, Missverhältniss zwischen Becken und Kindskopf, möglicher Weise aber auch bei nicht besonders verlangsamten und erschwerten, also heimlichen Geburten erzeugen. Spuren, äusserliche, einer erlittenen Gewalt, Sugillationen und Verwundung der Kopfschwarte, erhebliche abnorme Befunde an den Hirnhäuten, den übrigen Schädelknochen (jene Fissuren kommen fast ohne Ausnahme in den Scheitelbeinen vor) wohl gar der Schädelbasis deuten auf die Entstehung der Fissur nach der Geburt. Der Ossifikations-Defekt, der vorwiegend auf eine Entstehung der Fissur in der Geburt schliessen lässt, zeigt sich, wenn man die Beinhaut und die harte Hirnhaut abpräparirt, in Form einer runden, oder unregelmässigen, nicht mehr als einige Linien im Durchmesser haltenden Oeffnung mit strahlenförmigen Rändern, die niemals, wie bei Frakturen, deprimirt oder sugillirt ist. Daneben ist beim Halten gegen das Licht an anderen Stellen der Knochen papierdünn und durchscheinend, und finden sich die spaltförmigen, von einer Membran überspannten Defekte des Knochens im Bereiche der Sutura sagittalis.

Ein Kind kann während der Geburt durch Umschlingung der Nabelschnur, Abreissen der kurzen Nabelschnur, Compression derselben durch Vorfall, vorzeitige Lösung des Mutterkuchens

unter instinctiven Athembewegungen den Erstickungs- oder auch apoplectischen Tod erleiden.

Man findet die capillären Ecchymosen auf Lungen und Herz, die Injection der Luftröhrenschleimhaut, namentlich des Kehldeckels, die strotzende Füllung des Herzens und der Coronarien, Aspiration und Verschlucken von Geburtsflüssigkeiten mit Blut, Meconium, Besudelung des Körpers mit dem bei der Erstickung entleerten Kindspech. — Casper*) — Buchner**) bemerkt hiezu, dass nach den Erfahrungen Hecker's in der Berliner Gebäranstalt sich wohl der Schluss ziehen lasse, dass in allen Fällen, in denen durch plötzliche Unterbrechung der Wechselwirkung zwischen fötalem und mütterlichem Blute, sei es durch Druck auf die Nabelschnur, oder durch vorzeitige Lösung des Mutterkuchens oder durch den Tod der Mutter der Tod der Frucht in der Gebärmutter erfolgt ist, dem Eintritte des Todes Athembewegungen vorausgehen, und der Tod eigentlich ein Erstickungstod ist. Daher finden sich denn auch in den Leichen solcher Leibesfrüchte constant bedeutender Blutreichthum der Lungen, des Herzens und der grossen Gefässe mit zerstreuten Blutextravasaten, ferner grosser Blutgehalt der Hirnhäute und Nieren. Nicht völlig constant, aber doch häufig wurde gleichzeitig, abgesehen von den Ecchymosen in der Schädelhöhle und den Nieren, eine Anfüllung einzelner, oder zahlreicher Lungenzellen mit Blut, und die Anwesenheit von Schleim, Haaren und Gallepigment im Kehlkopfe und der Luftröhre bemerkt. In den letzteren Fällen müsste bei den Athembewegungen, die dem Tode vorangingen, der Luftzutritt zu den Athmungsorganen möglich gewesen sein, was bei heimlichen Geburten nicht wohl vorkommen könne.

Die Strangrinne der um den Hals geschlungenen Nabelschnur läuft ohne Unterbrechung um den ganzen Hals herum, der Breite der Nabelschnur entsprechend, rinnenförmig, weich, ohne Excoriation, bald mit, bald ohne

*) Prakt. Hndbch. d. ger. Med. Aufl. VI. S. 941.

**) Buchner's Lehrb. Aufl. II S. 434.

Sugillation im subcutanen Zellgewebe. Die Rinne ist oft auch eine mehrfache.

Eine zwischen zwei Fettfalten comprimirt Hautparthie am Halse wohlgenährter Kinder kann eine Strangrinne vortäuschen, ja selbst eine veränderte Färbung der Hautdecken entsprechend dieser Rinne und eine dunklere Färbung der unterliegenden Musculatur kann durch Compression, welche jene Falten ausüben und die sich während des Absterbens bildende Stase entstanden sein. Nur ein wirkliches Blutextravasat wäre entscheidend. *)

Eine Strangulation durch die Nabelschnur kann übrigens auch stattfinden ohne eine noch später an der Leiche zu erkennende Strangnarbe zu hinterlassen. Wenn eine Nabelschnur mehr als einmal um den Hals gewunden war, so muss ein Kind nach der ersten Durchreissung der Nabelschnur von Seite der Mutter noch nicht sofort frei werden, und kann die Mutter, wenn sie die Schnur zum zweiten Male zerreißen will, in ihrer Verwirrung wohl an einer un-rechten Stelle der Nabelschnur und in falscher Richtung gezerzt haben. **)

Bei einem in einem Schranke aufgefundenen, und in Unterröcke gewickelten Kinde, dessen Nabelschnur unregelmässig zerrissen und nicht unterbunden, aber zweimal um den Hals, den Rücken und die Brust geschlungen war, hatte sich gezeigt, dass das Kind geathmet hatte und an Erstickung gestorben sei.

Das Gutachten führte aus: ***)

„Für die Ursache der Erstickung könnte zunächst die Umschlingung der Nabelschnur für sich allein in Anspruch genommen werden, dann aber würde das Kind überhaupt nicht haben athmen können; denn anzunehmen, dass das Kind in der Geburt geathmet habe und doch noch hierauf einer so starken Zusammenschnürung des Halses durch die

Nabelschnur ausgesetzt gewesen sei, dass es ersticken musste, wäre nicht angänglich. Eine zweite Möglichkeit war ein auf den Hals mittelst des Fingers ausgeübter Druck.

Dass das Kind nach der Geburt scheintodt gewesen und erst nachträglich durch das Einpacken in Tücher und Hineinlegen in den Schrank erstickt sei, wäre ebenso auszuschliessen und zwar durch das Verhalten der Nabelschnur. Bei heimlichen Geburten besteht bekanntlich bezüglich der Abnabelung und demnach des Blutumlaufes im Kinde ein wesentlicher Unterschied gegenüber den unter sachgemäsem Beistande verlaufenden Geburten, der unter Umständen verhängnissvoll für das Kind werden kann, nemlich der, dass die Nabelschnur nicht ordentlich durchschnitten und oft, wie hier nicht unterbunden wird. So lange die Athmung bei dem Kinde nicht in Gang gekommen ist, muss dasselbe vom Sauerstoffe des mütterlichen Blutes zehren, um weiter leben zu können. Vorübergehende Hindernisse bei der Geburt können bewirken, dass das Kind scheintodt zur Welt kommt. Als ein solches Hinderniss muss in diesem Falle die Umschlingung der Nabelschnur sich haben bemerklich machen können. Durch Zusammendrücken derselben während der Geburt hätte allerdings eine derartige Folge entstehen können. Es ist jedoch bei dem schnellen Verlaufe der Geburt (das nicht erhaltene Frenulum beweist nicht gegen eine präzipitirte Geburt, ebenso auch nicht die geringe Kopfgeschwulst, die sich ausnahmsweise sogar vor Abfluss der Wasser bilden kann) in hohem Grade unwahrscheinlich, dass hier durch diesen so kurz vorübergehenden Druck Scheintod erfolgen konnte. Es kann vorkommen, dass ein Kind nach der Geburt 1—2 Minuten ohne zu athmen daliegt, bis der mitgebrachte Sauerstoff verbraucht ist und sich Athembedürfniss einstellt; ja bekanntlich werden scheintodt geborene Kinder noch nach viel längerer Zeit zum Leben gebracht, wenn künstliche Mittel angewendet werden. Wenn jedoch bei einem scheintodt geborenen Kinde die Nabelschnur nicht unterbunden wird, so ist die Gefahr, dass es sich bis zum Eintritte der Athmung aus den Nabel-

*) Mediz. Wochenschrift 1869 S. 1497. Casper l. c. S. 943.

**) Friedr. Bltt. 1873 S. 74.

***) Friedr. Bltt. 1881 S. 119.

schnurgefässen verblutet, eine sehr drohende. Ist ja dann eine solche Verblutung sogar möglich, wenn die Athmung bereits begonnen hat, um so mehr, wenn das Blut immer noch die alte Bahn durch die Nabelgefässe einschlägt, wie vor derselben. Nehmen wir an, dass das Kind scheinodt geboren worden ist, so muss, da das Kind eben nicht an Verblutung aus der Nabelschnur gestorben ist, die bei ihm constatirte Athmung also mindestens 1—2 Minuten nach der Geburt in Gang gekommen sein. Ist das Kind also nach dieser Zeit nicht zur Athmung gekommen, so kann es auch nicht im Kasten zum Leben gekommen und gleich darauf erstickt sein, abgesehen davon, dass so ergiebige Athmung unmöglich bei der geschilderten Verpackung sich einstellen konnte. Das Kind ist also erstickt, bevor es in den Schrank kam und bevor die Nabelschnur vollständig getrennt war. Ob die Mutter die Nabelschnur nun selbst scharf angezogen hat, ob sie dem Kinde Mund und Nase zugehalten, ob sie das athmende Kind verpackt und in den Schrank gelegt, diese Möglichkeiten lassen sich technisch nicht beweisen. Es muss jedoch noch eine Möglichkeit, dass ohne strafbare direkte Einwirkung hier eine Strangulation eben durch die abnorme Umschlingung der Nabelschnur entstehen konnte, betrachtet werden, und zwar ist diese nicht zu widerlegen.

Der an dem Kinde befindliche Teil der Nabelschnur verläuft stramm angezogen vom Nabel aus in die Höhe nach der linken Halsgegend zu, von da um den Nacken herum bis wieder zur linken Seite. Von hier geht sie als zweite Tour wieder um den Hals herum, und zwar so, dass sie Anfangs oberhalb der ersten Tour bis zur rechten Halsseite verläuft. Hier kreuzt sie sich mit der ersten Tour. An der linken Seite des Halses läuft sie nun über den vom Nabel aus gerade zum Halse verlaufenden Theil weg zum Rücken, geht über die Schulterblätter quer zur rechten Achselhöhle und unter dieser weg nach Vorne über die Brust zur linken Schulter abermals den aufsteigenden Theil kreuzend. Das freie Ende hängt in Gestalt eines Zipfels über die Schulter hinunter.

Der Mutterkuchen war fest in der Gebärmutter der Neuentbundenen angeheftet gewesen. Das in dem mütterlichen Körper zurückgebliebene Stück der Nabelschnur war 26 cm. lang, ragte also nicht weit über den Ausgang der Geburtswege heraus. Der kindliche Theil der Nabelschnur konnte ebenfalls nur ein kurzes, freies Ende zeigen, da er mehrmals um den Leib geschlungen war.

Die Erzählung der Angeklagten über den Geburtsverlauf enthält einen thatsächlichen Widerspruch, — vielleicht Gedächtnissfehler. Die Angeklagte gibt an, dass sie im Stehen geboren habe; jedenfalls ist hier eine Lücke in der Erzählung. Man weiss nicht, wie die Zerreissung stattgefunden hat. In jener Stellung kann das Kind wegen zu grosser Kürze der Nabelschnur nicht bis auf die Erde gefallen, sondern muss eine Strecke weit herabgesunken sein. Es ist dann wahrscheinlich, und diess nimmt der Gegenschachverständige an, dass die Nabelschnur dabei durchgerissen, was aber ebenso möglich war, wenn die Person kauern geboren und sich dann erhoben hat. Oder die Angeklagte hat die Schnur mit den Händen zerrissen, was aber bei deren glatten Beschaffenheit sehr schwierig war. Die Angeklagte kann, als sie sich nach der Geburt aufrichtete, mit den Füßen auf das Kind getreten sein und so die Schnur zerrissen haben. Es fragt sich nun, konnte das kindliche Ende der Schnur bei der Zerreissung, gleichviel auf welche Weise sie zu Stande kam, eine stärkere Zusammenschnürung des Halses und damit Erstickung hervorrufen? Der Gegenschachverständige verneinte diese Frage.

Der Verfasser meint, dass, obgleich der Druck nur momentan gewirkt hätte, doch die Möglichkeit dieses Vorganges nicht ausgeschlossen sei. Allerdings muss dann die Athmung des Kindes in den kurzen Zeitraum verlegt werden, der zwischen Austreibung des Rumpfes und Zerreissung der Nabelschnur lag. Ob diess anzunehmen, darüber lässt sich nur ein muthmassliches Urtheil abgeben. Die Angeklagte wurde verurtheilt.“

Schon eine energische, ohne rechte Pausen andauernde Wehentätigkeit kann bei frühem Abflusse des Fruchtwassers der Art störend auf den Kreislauf zwischen Mutter und Kind einwirken.*)

Eine krampfartige Einschnürung der Gebärmutter um den Hals des Kindes und dessen dadurch bewirkte Tödtung in der Geburt hält Casper**) nicht für gerichtlich-medizinisch interessant, da sie eine schwere und lange dauernde Geburt voraussetze, die nicht ohne Zeugen beendet werden könne. Dem widerspricht aber Hohl***) und äussert sich insbesondere auch bezüglich der Beschaffenheit der Strangrinne in solchen Fällen folgendermassen:

„Die um den Hals des mit dem Kopfe bereits geborenen und geathmet habenden Kindes entstandene krampfartige Zusammenschnürung des Os uteri, oder des Constrictor cunni bei reizbaren Gebärenden durch Gemüthsaffekte oder Temperaturwechsel vermag dasselbe mit oder ohne Hinterlassung einer Strangrinne zu tödten und kann ein solcher Geburtsvorgang ohne Kunsthilfe, mithin auch heimlich beendet werden. Nachdem diese krampfartige Zusammenschnürung des Gebärmuttermundes nachgelassen hat, kann der Wehendrang wieder normal von Statten gehen und der Geburtsvorgang naturgemäss endigen, oder sich der Kampf auch auf den oberen Theil des Uterus zurückversetzen, dass das Kind, wenn die Kreissende unterdessen in ihrer Angst aufgestanden, zu Boden geschleudert werden kann. Nach einem solchen Geburtsvorgange, wenn er heimlich geschehen ist, können sich am Neugeborenen Strangulation und Schädelverletzung mit den Zeichen des bereits begonnenen Athmens vorfinden.“

Hohl unterscheidet die krampfartige Contraction des äusseren und inneren Muttermundes. Der äussere Mutter-

*) Friedreich's Bltt. 1876 S. 386.

**) Casper l. c. S. 244.

***) Hohl, Lehrb. der Geburtsh. S. 623. Monatsschrift f. Geburtsh. XXII. 3.

mund kann während der Geburt in der Zeit seiner Erweiterung sowohl bei noch unverletzten Eihäuten, als nach dem Abgange des Fruchtwassers krampfhaft contrahirt werden. Man fühlt in solchen Fällen den Rand desselben zwar verdünnt, aber saumartig scharf, als sei durch ihn ein feiner Faden, eine Metallsaite gezogen. Die Kreisfasern des inneren Muttermundes aber können nur nach dem Abflusse des Fruchtwassers, also nach vollständiger Erweiterung des äusseren Muttermundes sich krampfhaft contrahiren. Ist der Kopf durch den äusseren Muttermund getreten, so kann nun durch eine Stricture desselben das Kind, nachdem es bereits geathmet hat, getödtet und nach deren Aufhören ohne Kunsthilfe geboren werden. Es kann sich dann, namentlich bei Erstgebärenden, bei weitem dem grössten Contingente der des Kindsmords Angeklagten, eine feine Strangrinne finden und ist die Behauptung, dass eine durch Stricture des Os uteri bewirkte Strangulation des Kindes nur eine Strangrinne mit breiten Contouren zurücklassen könne, nicht gerechtfertigt.

Selbsthilfe der Gebärenden. Unbestreitbar ist es möglich, dass eine Gebärende dadurch, dass sie den Hals des Kindes bei der Geburt mit den Händen umfasst, um auf diese Weise die Trennung des Kindes vom Mutterleibe zu bewirken, Nägelzerkratzen im Gesichte oder am Halse, Fingerkuppen ähnliche, mit der Convexität nach oben stehende Vertrocknungen der Haut am Halse mit punktförmigen Blutaustretungen an verschiedenen Stellen der Haut des Halses und verwaschenen blauen Flecken daselbst, welche beim Einschnitte in die Maschen des Fettgewebes schwarzes, geronnenes Blut zeigen, hervorbringt, und durch diese Einwirkung den Tod des Kindes durch Ersticken verursacht, zumal, wenn das Kind in der häufigsten Schädelage, mit dem Gesichte nach unten geboren wurde und die plattgedrückte Nase, die Vertrocknung der Kuppe derselben und der freien Ränder der Nasenflügel mit dunkelrother Färbung für einen Druck auf das Gesicht sprechen, welche

Druckerscheinungen ohne Geschwulst aber nicht als Folge einer stärkeren Gewalt angesehen werden müssen. *)

Auch Extravasate in den Kopfnickern, Luxation der Halswirbel können durch eine solche Selbsthilfe hervorgebracht werden, nicht aber Brüche der Schädelknochen, es müsste denn ein mangelhafter Verknöcherungsprozess in den Kopfknochen bestehen, oder des Kehlkopfes, oder Durchlöcherung des Mundbodens. Extravasate in, oder auf den Kopfnickern sollen aber auch durch den bloßen Gebärrakt hervorgebracht werden können. **) Blutaustretungen in der vorderen Halsmuskulatur dürften aber wohl nicht durch Zugreifen und Ziehen an dem bereits geborenen Kopfe durch die Mutter entstanden sein, wenn das Kind noch längere Zeit nach der Geburt lebte; denn ein so intensiver Druck müsste das Kind sofort getötet haben.

Den Tod des Kindes während der Geburt können ferner mannigfaltige Zufälle ohne Verschulden der Mutter herbeiführen, z. B. Niedersitzen auf den Rand eines Kübels, oder der Bettstelle, wobei der Kopf des Kindes zwischen diesem Rande und der Mutter gequetscht wird, Brechen des Genicks des Kindes durch Niedersitzen auf eine Treppstufe u. dgl.

c) Das Fehlen aller Thatfachen, welche für den vor, oder während der Geburt erfolgten Tod des Kindes sprächen, bildet einen negativen Beweis für dessen Leben, resp. Tod nach der Geburt. Der positive Beweis muss aus dem stattgehabten, mehr oder weniger vollständigen Athmen oder, wo nur ein höchst unvollständiges, oder gar kein Athmen stattgehabt, aus Zeichen des Lebens überhaupt oder der organischen Reaction erbracht werden.

5) Ist das Kind eines natürlichen oder gewaltsamen Todes gestorben?

Die Bestimmung der Todesart, d. h. der physiologischen, nächsten und der physischen, entfernten, primären Todesursache fällt mit der bei Erwachsenen zusammen.

*) Friedr. Bitt. 1881 S. 127.

**) Casper's Hdbch. Aufl. VI. Bd. II. S. 979.

Man unterscheidet also auch hier zur Beantwortung der Fragen, ob das Ereigniss, beziehungsweise die Verletzung die wirkende Ursache des Todes gewesen, eine zunächst wirkende Ursache, d. h. denjenigen im Körper vorhandenen organischen Prozess, durch welchen das Leben gestört wird, beziehungsweise das Aufhören einer zum Fortbestande desselben nothwendigen vitalen Funktion, die physiologische Todesursache, z. B. die Lähmung des Gehirns, der Lungen, die Verblutung und Erschöpfung; — und die Ursache dieser Ursache, die äussere in mechanischer Verletzung, in chemischer oder physikalischer Einwirkung, in Entziehung der Luft, Nahrung, liegende primäre Todesursache — Todesart.

Als natürliche Todesursachen kommen bei Neugeborenen am häufigsten vor: Die Lebensschwäche und der Tod aus organischen Fehlern; die Erkältung, selbst schon bei einer Temperatur von 15° C., — *Hervieux algidité progressive* *); die Erstickung, welche dann eintritt, wenn das Athemholen schon wirklich begonnen hat, aber durch Verstopfung der Luftwege mit Schleim, Eihäuten, Fruchtwasser, Ankleben der Zunge am Gaumen, Lage des Kindes auf dem Munde, Bedecktsein mit Kissen, besonders bei gleichzeitiger Hypertrophie der Thymusdrüse gehindert wurde; der Hirnschlagfluss — *Apoplexie*. **)

Zu den gewaltsamen Todesarten der Neugeborenen gehören: Verletzungen, Schädelbrüche, Erschütterung, Verblutung, absichtliche Entziehung der Luft (Erstickung), der Wärme und der Nahrung.

6) Ist der Tod durch Zufall, oder durch Schuld der Mutter oder eines Anderen, *dolos* oder *culpos*, durch Handlung oder Unterlassung, zufällige, fahrlässige oder absichtliche des bei und nach der Geburt nöthigen Beistandes erfolgt?

*) Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1859. 3.

**) Virchow's gesammte Abhandlungen, Aufl. II. S. 879.

Am häufigsten wird wohl der Sturz des Kindes aus dem Mutterleibe auf den Boden als Ursache der vorfindlichen Kopfverletzungen glaubbar zu machen versucht, oder das Kind kann seinen Tod durch den Fall in den Nachstuhl oder Abtritt gefunden haben, Beides beim Ueberraschtwerden von der Geburt.

Es wird vielleicht sowohl das Fallen des Kindes auf den Boden überhaupt, als das Getödtetwordensein desselben durch einen solchen Sturz viel zu häufig angenommen. Man darf aber immerhin nicht verkennen, dass dadurch nicht blos Excoriationen und Sugillationen, sondern auch tiefergehende Wunden der Weichtheile, Extravasate unter denselben oder unter der Galea, auch dem Pericranium, oder in der Schädelhöhle, ja selbst Fissuren und Knochenbrüche oder Gehirnerschütterung mit Scheintod, während dessen das Extravasat zunimmt und tödtlich wird, entstehen können, und dass nicht nur bei Mehrgebärenden, bei langer und bei kurzer Nabelschnur, in letzterem Falle mit Zerreißung derselben (die Zerreißung des Nabelstranges ist im Leben leichter möglich, als die eines mehrere Tage abgestorbenen) oder mit gleichzeitigem Abgange und Austritte des Mutterkuchens, und in stehender [aufrechter*]), sitzender, knieender und kauender Stellung der Gebärenden der Sturz des Kindes auf den Boden durch präcipitirte Geburt, beziehungsweise Ueberraschung von dem letzten Geburtsakte vorkommen kann. Es können sich an einer Kindsleiche die Erscheinungen von Geburtsschwerung, Kopfgeschwulst, übereinander geschobene Kopfknochen vorfinden und doch kann der Augenblick des zu Tage Treten, Durchtritts durch die Schamspalte präcipitirt vorüber gegangen sein. Praecipitation der vierten Geburtszeit bei verlangsamer, oder gleichfalls präcipitirter dritter Geburtszeit.**)

Die Ueberraschung durch die Geburt kann aber auch in der Weise statthaben, dass sich die Schwangere über den

*) Casper gegen Hohl in des ersteren Hdbch. Th. II. Aufl. VI S. 962.

**) Friedr. Bltt. 1875. S. 88.

Zeitpunkt der Schwangerschaft geirrt hat, oder, indem sie früher niederkommt als am regelmässigen Endtermine der Schwangerschaft und demgemäss eine Frühgeburt erleidet. Der hier vorwaltend in Frage stehende Irrthum der Schwangeren im Zeitraume der Geburt (überstürzte Geburt) kann aber in solchem Maasse stattfinden, dass die Gebärende sich des Geburtsvorganges gar nicht bewusst wird, selbst nachdem derselbe stattgefunden, d. h. die Geburt verläuft im Ganzen oder doch in den letzten beiden Geburtszeiten sehr rasch, ja manchmal so rasch, dass die Leibesfrucht unter einer fortwährenden Wehe durch das Becken der Mutter hindurch getrieben und aus den Geschlechtstheilen ausgeschieden wird.

Das Ueberraschtwerden vom Durchgange des Kindes durch die Schamspalte ist nach Hohl nur denkbar, wenn die Person weiss, dass sie Wehen hat, aber das Ende der Geburt noch ferne glaubt, oder wenn die Gebärende die Schmerzen erkennt, sie mag sich ihrer Schwangerschaft bewusst sein oder nicht, oder wenn die Geburt bis zum Durchgange des Kindes ohne alle Schmerzen verläuft und dieser nun plötzlich erfolgt, endlich beim Gebären im Schlafe.

Bei der einen Art der präcipitirten Geburt, Ueberstürzung der Wehentätigkeit, machen die Wehen gar keine Pausen, bleibt der Muttermund in fortwährender Spannung, öffnen sich die Geburtswege schnell, und unter heftigen Schmerzen entsteht Blutfluss aus der frühen Trennung der Placenta, heftige Congestionen gegen Kopf und Brust, Erbrechen, Angst, Bewusstlosigkeit, bis plötzlich das Kind hervorstürzt.

Bei der anderen Art der sogenannten präcipitirten Geburt, dem Tetanus uteri, ist sowohl Dauer als Grad der Schmerzen viel geringer, die Zusammenziehung der Gebärmutter äussert sich kaum mehr, als ein Drang zur Entleerung des Mastdarmes und wird auch das Durchtreten durch die äusseren Geschlechtstheile von der Gebärenden empfunden, so kann doch letztere von demselben überrascht werden,

ja sich des Herannahens der Geburt nicht bewusst geworden sein.*)

Gerade bei heimlich Gebärenden dürften präcipitirte Geburten, wenigstens in ihren Ausgangsstadien überstürzte Geburten häufig vorkommen; denn diese pflegen sich den beginnenden Geburtswehen nicht hinzugeben, sondern suchen möglichst lange bei ihrer Arbeit oft bis zum letzten Augenblicke vor dem wirklichen Austritte des Kindes auszuhalten und die Schmerzen und Wehen zu unterdrücken, bis endlich der Geburtsdrang, die Wehenthätigkeit der Gebärmutter, sich nicht länger zurückdrängen lässt und nun in überstürzender Weise hervorbricht. Nicht unwesentlich mögen hiezu die Affekte des Schreckens und der Angst, entdeckt zu werden, beitragen — Buchner.

Der Tod erfolgt beim Kindessturze durch Hyperaemie und Extravasate im Gehirn, Schlagfluss, Schädelbrüche, oder durch Gehirnerschütterung, Neuroparalyse, oder vielleicht auch durch eine hieraus resultirende Lähmung der Lungen- und Herznerven (Erstickung), deren Folgen jedoch nur unvollkommen zu Stande kommen können, weil eine totale Lähmung des Nervensystems dem Leben schneller ein Ende gemacht hatte.

Die Brüche der Schädelknochen betreffen vorzugsweise und fast ausschliesslich die Scheitelbeine, eines, oder beide in der Wirbelgegend; wird die Gesichtseite mitbetroffen, so entsteht, wie dort an der Kopfhaut, Anschwellung, Röthung, Abschürfung, pergamentartige Verhärtung der betroffenen Weichtheile, und ergeben Einschnitte in diese Parthieen Blutaustritt in das Zellgewebe, so ist der Beweis geliefert, dass das lebende Kind diese Verletzungen erlitten hat. Dass sich solche Fracturen, einmal gegeben, von der Stossstelle am Wirbel bis zum Stirnbeine, Schuppenheile des Schläfenbeines oder Hinterhauptbeine weiter erstrecken können, ist selbstverständlich. Immer aber wird man hier ein gewisses Ausstrahlen von einem Centrum, meist dem Scheitelbeinhöcker, wahrnehmen können. Mehr-

fache Fracturirungen verschiedener Schädelknochen, eines, oder beider Scheitelbeine und des Stirn- oder eines Schläfen- und des Hinterhauptbeines lassen die Annahme eines zufälligen Kindessturzes umsoweniger zu, als sie durch blossen Contre coup bei der Nachgiebigkeit des Schädels Neugeborener nicht stattfinden konnten.

Ausser einer solchen Configuration der Schädelbrüche deuten noch subaponeurotische Blutergüsse an verschiedenen Stellen der Schädeldecken, Zerreissungen der Galea und der Hirnhäute und anderweitig am Körper vorgefundene Sugillationen und Zerkratzungen auf eine absichtlich zugefügte Gewaltthätigkeit hin, während die blossen Sugillation, einfache Fissur oder Fractur eines oder beider Scheitelbeine ohne Verletzung der Kopfschwarte und ohne sonstige Spuren von Verletzungen an Kindsleichen für den Kindssturz bei der Geburt, zumal der präcipitirten sprechen.

Aeusserst schwer sind bedeutendere Ecchymosen oder Gehirnhämorrhagieen, sowie namentlich auch Fissuren, oder Fracturen der Scheitelbeine, die angeblich vom Kindessturz entstanden sein sollen, von solchen zu unterscheiden, die das Kind in der Geburt erlitten, da der Obductionsbefund in beiden Fällen der gleiche ist. Aufschluss können Nebenefunde geben, wie z. B. die Gleichheit der Stoffe, welche sich in den Haaren oder sonst am Kinde auffinden lassen, mit jenen, die den Boden bedeckten. Als Unterscheidungszeichen der Verletzungen des Kopfes des bereits todtten Kindes, als welche sich sowohl Brüche, als Zerreissungen der Nähte, Abplatzen der harten Hirnhaut vom Schädeldache, Aussprengung von Knochenstückchen und Blutergüsse unter das Pericranium auch durch den Sturz des Kopfes auf einen festen Boden darstellen können, kann man abgesehen vom Vorhandensein oder Fehlen anderweitiger Verletzungen am Kindskörper, die auf Beibringung im Leben schliessen lassen, die nicht sugillirte Beschaffenheit der vorwiegend geradlinigen, i. e. glatten sprungartigen (mitunter aber auch gezahnten) Bruchränder ansehen.

Dass der Bruch während des Lebens (darum aber

*) Mair, geburtshilfl. Vademecum. Erlangen, 1854 S. 74 u. 78.

natürlich noch nicht nach der Geburt) entstanden ist, muss angenommen werden bei geronnener Beschaffenheit des Blutes in den Extravasaten um die Bruchstelle, wenn gleich eine solche Entstehung bei flüssiger Blutbeschaffenheit nicht gerade ausgeschlossen werden kann, ferner wenn Verletzung der weichen Schädelbedeckungen über der Bruchstelle mit den Anzeichen vitaler Reaction vorhanden ist, die Imbibition aus den umgebenden Weichtheilen sich nicht mit dem Messer fortdrücken lässt, wonach dieselben alsdann wieder blass werden; endlich, wenn Blutextravasate unter der weichen Gehirnhaut, eventuell auch im Gehirne sich vorfinden, welche räumlich mit dem Bruche im Zusammenhange stehen.

Eine Abplattung des Schädels bei geringer, oder fehlender Kopfgeschwulst in der Art, dass die Nase plattgedrückt ist und die Hauptausdehnung des Kopfes nach oben geht, setzt die Einwirkung eines flächenhaften Druckes voraus, welcher in der Richtung von Vorne nach Hinten wirkte. Die Beckenknochen können das nicht bewirken, wenn sie regelmässig gebaut sind, ein Fall auf den Boden ebenfalls nicht, theils wegen zu kurzer Andauer, theils weil bei ihm ein Doppeldruck nicht stattfindet. Diese Abplattung deutet auf einen Druck mittelst der Hand oder des Schenkels auf den rücklings niedergelegten Kopf. Eine platte Nase allein lässt sich aus der Bauchlage der Leiche erklären, und blaue Lippen ohne Sugillation scheinen eher gegen, als für eine Compression des Mundes zu sprechen.

Zur Feststellung des Thatbestandes sind folgende Merkmale zu beachten:

Die Durchmesser des Kopfes und der Schultern des Kindes, die Weite und Neigung des mütterlichen Beckens, die Stellung der Scheide, die Beschaffenheit des Mittelfleisches, der ganze Hergang beim Gebäraкте, namentlich in Betreff der Stellung der Kreissenden und der Höhe, aus welcher das Kind gestürzt war, — wobei aber bei sehr hartem Boden und einer im letzten Geburtsakte gelegenen sehr grossen Wucht mit gleichzeitigem Austritte der Placenta

erfahrungsgemäss schon eine Höhe von 50 cm. genügen kann, um mechanisch geringfügige Verletzungen mit aber doch tödtlicher Erschütterung des Gehirns hervorzurufen, — die Beschaffenheit des Bodens, dessen Consistenz, Rauhe oder Glätte, Unebenheit u. s. w.

Aeusserungen der Mutter über den Hergang der Geburt (am Besten vom Sachverständigen selbst vernommen) sind genauestens zu erheben: Wann die Wehen begannen, wie sie sich gefolgt, von welcher Intensität und Dauer sie gewesen, wann der Blasensprung erfolgte, welche Zeitfrist zwischen diesem und dem Austritte des Kindskopfes verflossen sei, wie das Kind hervorschoß, Verhalten des Nabelstranges und der Placenta, Blutfluss vor, während oder nach der Geburt.

Auch der Tod durch Verblutung aus der Nabelschnur kann von der Mutter vorgeschützt oder derselben als culpöse oder dolöse Unterlassung imputirt werden, tritt aber ganz ungemein selten ein, selbst unter den scheinbar günstigsten Bedingungen.

Die Untersuchung wird sich hier, abgesehen von der Frage der primären Feststellung des Verblutungstodes, und zwar des Verblutungstodes aus den Nabelschnurgefässen, nicht aus Verletzungen oder aus pathologischen Ursachen z. B. aus dem Mastdarm, — auf das etwaige Unterbunden-gewesen- und Abgestreift- oder erst nach dem Tode Angelegtwordensein einer Ligatur, auf die mögliche nachträgliche Lockerung derselben bei ursprünglich sehr fetter Nabelschnur, auf die sehr schwer zu bestimmende Zeitdauer vom Eintritte der Athmung bis zur Trennung der Nabelschnur (je länger, desto leichter die Verblutung möglich), auf die Länge des kindlichen Theiles (je kürzer, desto leichter entstand ebenfalls die Verblutung), und auf die Art der geschehenen Trennung, ob durch ein scharfes Werkzeug, oder Abreissen entstanden, (beim Gebrauche eines stumpfen Werkzeuges oft schwer zu unterscheiden, weil von ähnlicher Compressionswirkung, wie beim Zerreißen), bei schon mumificirter Nabelschnur bedarf es nur des Einweichens der

Nabelschnurränder in warmes Wasser, um deren Beschaffenheit prüfen zu können; auf die Unterscheidung, ob die Nabelschnur dick und saftig, oder dünn und mager ist, in welchem letzteren Falle die Verblutung leichter erfolgen soll, erstrecken müssen, da in diesen Umständen die Bedingungen zu suchen sind, die erfahrungsgemäss die Nabelschnurverblutung begünstigen, oder erschweren. Eine kühle Temperatur der Luft soll der Verblutung hinderlich sein. Umstände, welche das bereits angefangene Athmen wieder unterdrücken, z. B. Kopfverletzungen, begünstigen das Bluten aus den Nabelschnurgefässen; durch Eintauchen in Wasser kann Verbluten in demselben eintreten.

Obschon die Zeichen des allgemeinen Blutman- gels, wobei nur ausnahmsweise Gehirn und Lungen blut- reich sind, fast immer aber, wie auch bei Erwachsenen die Pia-mater-Venen namentlich durch Hypostase an den ab- schüssig gelegenen Venenwindungen noch sichtlich gefüllt gefunden werden, für die Verblutung bei nicht geschehener Unterbindung und dem Fehlen jeder andern Todesursache sprechen, so darf doch auf diese Leerheit von Blut im gegenheiligen Sinne für sich allein kein zu grosses Gewicht gelegt werden; denn es kann nicht blos der Scheintod, sondern selbst wirklicher Tod eines Neugeborenen schon bei einem Blutverluste erfolgen, durch welchen dem Körper nicht alles Blut entzogen ist.

Man verwechsle nicht die Blutleere mit der Blutver- dunstung des Verwesungsprozesses, und halte bei so fortgeschrittener Verwesung, dass die Färbung der Haut und inneren Organe gar nicht mehr zu bestimmen ist, sein Urtheil über den Thatbestand des Verblutungstodes zurück.

Der Irrthum, dass beim Verblutungstode die Todten- flecken fehlen, ist durch Casper*) berichtet worden; wie auch Sugillationen und Extravasate, die schon während

*) Caspers prakt. Hdbch. d. ger. Med. Aufl. VI. Bd. II. S. 23 und 327.

des Geburtsvorganges entstanden sind, eine nachherige Ver- blutung nicht ausschliessen und momentan durch eine solche nicht beseitigt werden. Ebenso können sich Hypo- stasen an den Lungen zeigen, deren nach oben liegende Flächen bleich und schwarzbläulich gefleckt und bei Ein- schnitten anscheinend nur luft- und gar nicht bluthaltig erscheinen.

Verblutung mit offenbaren Zeichen lässt ganz sicher auf stattgehabtes Leben schliessen. — Fortsetzung des Fötal- zustandes. Bei Zwillingen geräth, wenn nur ein Mutter- kuchen besteht, bei Nichtunterbindung des Placental-Theils der Nabelschnur das zweite Kind in Verblutungsgefahr. Bei Verblutung eines Kindes im Mutterleibe durch zu frühzeitige Lösung der Nachgeburt tritt gewöhnlich eine starke Blutung aus den Geschlechtstheilen ein, und die Mutter spürt gleichfalls die Folgen, grosse Mattigkeit etc. Ein Erfolg des beabsichtigten Verblutenlassens hängt durch- aus nicht vom Willen der Thäterin ab; die vorgeschützte Unwissenheit über die Behandlung der Nabelschnur kann durch Angaben der Inquisitin über den durchschnitten ge- fundenen Nabelstrang, durch verwischte Blutspuren etc. etc. entkräftet werden.

Schuld oder Nichtschuld der Mutter. Ausser diesen so zu sagen spezifischen Todesursachen eines Neu- geborenen und denen, bei welchen die Schuld der Mutter, oder einer dritten Person nicht zweifelhaft sein kann, wie rohe Kopfverletzungen, Schnittwunden, deutliches Er- drosseln oder Erwürgen, gewalthätige Zusammenpressung des Brustkastens, Verbrühung, Vergiftung mit Schwefelsäure, deren Tropfenspurten durch Annagen der Kindsleiche von Ameisen oder anderem Ungeziefer vorgespiegelt werden können, Ertrückung, Vollpfropfen des Mundes mit fremden Körpern, absichtliches vielleicht aber auch nur culposes oder zufälliges Erfrierenlassen bei etwa nur 15° C. und dergleichen kommen mannigfache Fälle vor, in denen die schuldvolle Absicht der Mutter fraglich wird, insbesondere bei den verschiedenen Variationen des Erstickungstodes im Bette, oder zwischen

den Schenkeln der Mutter oder in Excrementen, wie er besonders häufig durch den Sturz in den Abtritt bei einer präcipitirten Geburt in Frage gestellt wird. Diese Todesart, als bona fide vorgekommen, ist unzweifelhaft erwiesen. Ausser den sub III zu erörternden Umständen wird das Verhalten der Nabelschnur und die Todesursache des Kindes für die Beantwortung der Frage, ob ein solcher Sturz stattgefunden, oder ob das Kind an einem anderen Orte geboren und todt oder lebend in den Abtritt geworfen wurde, Anhaltspunkte bieten.

Eine ganz oder selbst nur theilweise mumificirte Nabelschnur ist ein sicherer Beweis, dass das Kind nicht in den Abtritt geboren sein konnte, weil eine frische Nabelschnur in Flüssigkeiten niemals mumificirt. — Es wäre dann nur noch zu untersuchen, ob nach schon jedenfalls ein paar Tagen vorangegangener Geburt das Kind noch lebte, oder bereits todt war, als es in den Koth geworfen wurde, (Ertrinken im Kothe?) in welchen beiden Fällen die Nabelschnur mumificirt sein konnte. — Eine abgeschnittene Nabelschnur gibt das stärkste Indicium gegen die Angabe von Geburt auf dem Abtritte, wobei die Nabelschnur zerrissen worden sein müsste; es müsste denn sein, dass die Angeschuldigte die Scheere gleich zu Händen gehabt hätte.

Wenn das Kind, das nach dem Befunde im Kothe ertrunken war, gemäss der Athemprobe nur einige wenige Inspirationen gemacht haben konnte, dann wird nicht angenommen werden können, dass es irgend wo anders als auf dem Abtritte geboren wurde, da während der auch noch so kurzen Zeit, die nothwendig verfliessen musste, bis das lebende Kind von seinem Geburtsorte nach dem Aborto gebracht wurde, die Lungen sich mehr mit Luft hätten anfüllen müssen. Anders, wenn das Ertrinken nicht ganz feststeht vielleicht trotz in der Leiche gefundenen Kothschlammes, in welchem Falle das Kind nach wenigen Inspirationen verstorben, allerdings nach der Grube gebracht worden sein konnte.

Wurden Kind, ungetrennter Nabelstrang und Mutter-

kuchen aus dem Kothe hervorgezogen, so spricht das sehr für eine präcipitirte Geburt, ebenso unterstützend ist der Befund kleiner Kopfdurchmesser. Der Nachweis einer anderen Todesart durch Verletzungen, die aber nicht durch das Herausziehen entstanden sein konnten, etwa gar des Ertrinkens in einer spezifisch anderen Flüssigkeit, z. B. im reinen Urine, das Eingehülltsein der Leiche in Bekleidungsstücke etc. wären natürliche Gegenbeweise.

Die Beantwortung der Frage, ob das Kind das Leben durch Erstickung verloren, ist nur aus äusseren Spuren der Vergewaltigung, z. B. sugillirten blauen Flecken um Mund und Nase, Zerkratzungen und Striemen am Halse, Pfropfen, der den Zugang zu den Athmungswerkzeugen verschliesst, oder wenn bei den Athmungsversuchen neben der Luft auch Theile der bei der Geburt austretenden Flüssigkeiten, Geburtsschleim, Fruchtwasser, Blut etc. etc. eingehathmet worden sind und in der Luftröhre und deren Verzweigungen sich finden; endlich, wenn der Erstickungsvorgang längere Zeit andauerte und sonach die Erscheinungen des Erstickungstodes sich in höherem Maasse ausbildeten, mit Gewissheit möglich. Wenn aber solche Momente fehlen, namentlich wenn die Geburt im Bette stattgefunden, ist es lediglich auf Grund der Obduction nicht wohl möglich, auszusprechen, dass das Kind durch Erstickung, beziehungsweise durch Unterlassung aller Hilfeleistung das Leben verloren habe.

Die Erscheinungen des Erstickens sind:

- 1) Röthung (Injection) der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre mit ihren Verzweigungen.
- 2) Die Gegenwart feinen, weissen, oder leicht rosafarbenen Schaumes, weissen, schaumigen Schleimes in den Luftwegen.
- 3) Zahlreiche Blutaustritte, punktförmige, sog. subpleurale Ecchymosen unter dem serösen Ueberzuge der Lungen sowohl, als des Brustkorbes, auf dem Herzbeutel, dem Ueberzuge des Herzens selbst, der Brustschlagader, dem Zwerchfelle.
- 4) Die flüssige und dunkle Beschaffenheit des Blutes.
- 5) Blutüberfüllung der rechten Herzhälfte und der Lungen, beider, oder nur der einen, des Gehirns und seiner

Häute, wie der Schädeldecken, der Organe des Unterleibes, besonders der Nieren und wässerig blutiges Extravasat im Darmrohre.

6) Blaue Färbung des Gesichtes, Anschwellung der häufig zwischen den Kieferrändern vorliegenden oder doch an dieselben angepressten und deren Eindrücke zeigenden Zunge.

Die Erstickung ist nicht selten von den Symptomen der schlagflüssigen Todesart, Blutaustretung im Gehirne und den Schädelbedeckungen begleitet.

Beim fraglichen Kindsmorde durch Erdrosseln, wenn die Mutter das Kind beim Gebären mit den Händen aus dem Schoosse zu ziehen versucht haben will, lässt sich manchmal aus der Form und Richtung der Verletzungen am Halse ein Urtheil ableiten. Man stelle sich die Lage des Kindes bei einer Schädelgeburt vor, mit dem Kopfe nach unten, die Nägel der Mutter müssen daher am Halse Eindrücke (Kratzer, Flecken) hinterlassen, deren Convexität, wenn das Kind aufrecht gestellt ist, nach unten sieht; findet es sich umgekehrt, so ist der Hals von oben nach unten angefasst worden.

Ein Kind, das lebend geboren wird, ohne dass Athmen durch die Lungen eintritt, stirbt asphyctisch d. h. an Herzlähmung durch das Blut, welches in der gelösten Placenta nicht mehr arteriell werden kann, daher die Venen bis in's rechte Herz mit dunkelrother Blute überfüllt sind, und sich die Stauung bis in's Gehirn erstreckt und durch die Nabelvene in die Nachgeburt, während das linke Herz, die Aorta und die Nabelarterien fast blutleer sind. Bei Erwachsenen gibt sich die Asphyxie durch Blutüberfüllung des linken Herzens kund.

Die Mutter kann den Nichteintritt des Athmens verschulden durch:

a) Beenden der Geburt im Bade oder unter Federbetten.

b) Durch Einwicklung des kaum geborenen Kindes in dicke Tücher oder Eintauchen unter Wasser.

c) Durch absichtliches Nichtentfernen der Eihäute vom Munde des Kindes.

Ursachen, welche das Athmen ohne Schuld der Mutter aufhalten können, sind:

a) Bildungsfehler des Herzens und der grossen Gefässe, zu grosse Thymus, wo man alsdann oft um den Ductus Botalli herum Blutunterlaufungen findet.

b) Zu starke Wehen und anhaltender Druck auf Kind und Placenta, Umschlingung des Halses mit der Nabelschnur, Einklebung des Kopfes im Becken — sogenannter rother Scheintod.

c) Angeborene Lebensschwäche oder zu kühle Temperatur, wodurch Lähmung der Respiration, Neuroparalyse hervorgerufen wird — sogenannter weisser Scheintod.

d) Anfüllung der Luftwege mit Schleim, oder festes Kleben der Zunge am Gaumen.

Bei der Erstickung unter dem Deckbette durch Entziehung des Sauerstoffes ist nicht ein vollständiger Abschluss der atmosphärischen Luft nothwendig, wenn das Kind eine Zeitlang zwischen den Schenkeln der Mutter, wenn auch nicht gerade auf dem Gesichte liegen blieb. Wenn die Mutter bei und nach der Geburt beim Bewusstsein war, so konnte ihr das Leben des Kindes nicht verborgen bleiben, und war es ihre Schuld, dass sie dem Kinde keine Hilfe leistete und Niemanden herbeirief, bis das Kind todt war. *)

Ein Zusammendrücken der Lippen und Nase des Neugeborenen kann auch durch die Schenkel oder andere Körpertheile der Mutter, wie bei Säuglingen im Schlafe an der Brust oder sonst am Körper der Stillenden erfolgen.

Für eine verbrecherische Erstickung kann Plattdrücken des Gesichtes mit Spuren der Finger, oder durch Einschnitte erwiesenen Lippensugillationen und Blutunterlaufungen im Innern des Mundes sprechen. Anschwellung der Oberlippe mit Abschürfung von Schleimhaut und Suffusion der Bindehaut kann die Vermuthung eines ge-

*) Friedr. Bltt. 1879. Jahrg. pag. 233.

waltsamen Zuhaltens des Mundes rege machen. Doch pflegen die Mütter bei solcher Handlungsweise gewöhnlich grössere Gewalt anzuwenden.

Oedem der oberen und unteren Augenlider mit Injection und Suffusion der Bindehäute deutet auf einen länger andauernden Druck auf die obere Gesichtshälfte mit Compression der Blutgefässe und Transsudation von Serum während des Geburtsaktes, wodurch Blutüberfüllung des Gehirns und consecutiv des verlängerten Marks mit Auslösung nur weniger Athemzüge und Lungenödem entsteht.*)

Die Lippen mancher Neugeborener zeigen gewissermassen einen doppelten Saum, und sind die Ränder wulstiger, weicher und saftiger und nicht sowohl von rother als von bläulich rother Färbung. Die beiden Säume sind von verschiedenem histologischem Baue; die innere Zone ist mit verhältnissmässig langen, weichen, zottenähnlichen Auswüchsen besetzt. An der Oberlippe befindet sich noch ein knötchenförmiges Mittelstück.

Nach dem Erlöschen des Lebens beginnt jene Pars villosa auffallend einzuschrumpfen, trocken und bräunlich zu werden, endlich wie ein Brandschorf lederartig fest und braunschwarz aufzusitzen. Die äussere oder glatte Zone wird in geringerem Grade dieser Vertrocknung in radiäre Fältchen eingezogen, in dem höheren dagegen fast gänzlich zum Verschwinden gebracht.

Die durch Aetzmittel erzeugten Schorfe bestehen aus einem moleculären Detritus, während jene eingetrocknete Substanz unter dem Mikroskope die normalen Gewebselemente nachweist. Ausserdem kann man durch Einlegen der vertrockneten Lippe in Wasser den ursprünglichen Zustand einigermaßen wieder herstellen, wozu jedoch bei einer in die Tiefe gediehenen Eintrocknung mehrere Tage erforderlich sind.**)

*) Medic. Wochenschrift 1869 S. 1497.

**) Henle und Pfeufer, Zeitschrift f. rationelle Medizin. Bd. XVIII. 1. u. 2. Heft.

Bei versuchter Behinderung des Athemholens durch Einhüllen, Einwickeln wird ein Kind nicht sogleich sterben, sondern vielleicht noch schreien können. Diese Hüllen können, wenn sie mit Bändern um den Leib des Kindes z. B. über Hüften und Hals befestigt werden, verschiedenartig verlaufende weisse Streifen ohne alle charakteristische Beschaffenheit auf der Haut zurücklassen.

Nicht mit der Asphyxie der Neugeborenen zu verwechseln ist der Zustand der eigentlichen Erstickung, wenn bei einem Kinde die schon begonnene Respiration wieder unterdrückt worden ist. Es widerstreitet aller Möglichkeit, dass ein Neugeborenes, bei welchem die Respiration schon begonnen hatte, eine Viertelstunde lang nackt im Sande zu liegen im Stande wäre, ohne zu sterben. Wenn daher ein Kind verscharrt gewesen und nach seiner Ausgrabung wieder zum Leben gekommen ist, so lässt sich nur annehmen, dass dasselbe scheinodt geboren und in diesem Zustande verscharrt worden sei, während es von der Mutter für todt gehalten wurde. Die Angeschuldigten reden sich nicht selten aus, das Kind sei mit dem Munde während einer Ohnmacht in einen Sandhaufen und dgl. gefallen, und die in den Luftwegen befindlichen fremden Körper seien durch den Athem eingezogen worden. Kinder, welche lebend in pulverförmige Massen: Asche, Mehl, Gyps, eingetaucht werden, sterben nicht sogleich; die zwischen den Moleculen befindliche Luft reicht hin, dass sie nicht an schneller Erstickung sterben. Diese Massen erfüllen Nasenhöhlen und Pharynx, dringen bis in den Oesophagus, werden aber nie im Magen gefunden und sind oft an der Glottis scharf begrenzt.

Es ist aber damit noch nicht bewiesen, dass das Kind lebendig vergraben, und der Stoff durch Inspiration, nicht lediglich durch die mechanische Schwere in diese Höhlen gedrungen sei.

Für das in solchen Massen Ertickt- oder Lebendig-begrabenwordensein eines Kindes sprechen aber wohl solche fremde Körper in der Luft- und Speiseröhre, besonders im unteren Theile der Luftröhre. In den Magen-

scheint der fremde Körper durch eigene Schwere nie gelangen zu können, wegen der klebrigen Beschaffenheit des Pharynx, der Länge und Abplattung der Speiseröhre; hiezu ist der Schluckakt unerlässliche Bedingung.

Ist ein Kind heimlich auf dem Felde geboren, und weil es angeblich todtgeboren, sogleich vergraben worden, und hat die gerichtliche Obduction die Zeichen des Athmens und Lebens des Kindes, aber auch die Leichenbefunde des Erstickungstodes, Blutfülle der Lungen und der rechten Herzhälfte, Injection der Luftröhrenschleimhaut, Schaumbläschen in der Luftröhre und den Bronchien, flüssige Beschaffenheit des Blutes und Petechial-Sugillationen auf der Pleura, — bei Abwesenheit jeder auf irgend eine andere Todesart hindeutenden Erscheinung ergeben, so fragt es sich vor Allem, ob Gründe zu der Annahme vorliegen, dass das Kind lebend begraben worden sei. Die Annahme, es habe noch lebend mit dem Bauche, also auch mit dem Gesichte auf der Erde gelegen und sei dadurch erstickt, dass die lockere Erde ihm Mund und Nase verstopft habe, kann durch die Obduction nicht als gerechtfertigt erscheinen, wenn die Nasenhöhle frei von Erde war, und in der Mundhöhle sich nur eine geringe Menge Erde befand. Wäre diese aber in den Mund des auf der Erde liegenden lebenden Kindes gelangt gewesen, so hätte sie durch die im Todeskampfe jedes Erstickenden eigenthümlichen, gewaltsamen, fast krampfhaften Athmungsversuche unbedingt auch tiefer in den Schlund und die Luftwege, den Kehlkopf und die Luftröhre gelangt sein müssen. Wäre das Kind aber gar lebend verscharrt worden, so hätte aus denselben Gründen die einmal in die Mundhöhle gelangte Erde gleichfalls und noch mehr in die Luftwege vorgedrungen sein müssen. Näher liegt die Annahme, dass die geringe Menge Erde erst nach dem Tode des Kindes in den offenstehenden Mund gelangte, dass also höchst wahrscheinlich das Kind nicht lebend verscharrt worden, sondern, da für eine Erstickung aus inneren Ursachen die Section keinen Anhalt gegeben, Spuren äusserer Gewalt,

und die Luftwege verstopfende Körper nicht vorgefunden wurden, an einfacher Luftentziehung erstickt sei. Ob diese Luftentziehung gleich nach der Geburt, sei es absichtlich und zufällig durch die Schenkel, oder andere Körperteile oder die Bekleidung der Mutter, oder sei es in verbrecherischer Absicht durch deren Hand mittelst Zuhaltens von Mund und Nase erfolgt war, darüber fehlen die Anhaltspunkte in den Akten und dem Obductionsbefunde. *)

Zeigt sich aber an der Leiche eine vorsätzlich bewirkte Ausfüllung der Rachenhöhle und des Kehlkopfes mit Erde, Sand, so dürfte die Annahme, dass das Kind gelebt habe, selbst dann begründet sein, wenn die Lunge auch nicht offenbar geathmet hätte, und wollte diess insbesondere aus dem Umstande erkannt werden, dass die Finger beider Hände zur Faust geballt waren, und zwar ungeachtet höherer Fäulniss noch sehr stark, als Ueberbleibsel des Todeskampfes bei gewaltsamem Tode nach der Geburt; man bemerke eine solche Erscheinung nie bei Kindern, die vor oder während der Geburt gestorben seien. — Flügel.

Die zur Erstickung verwendeten Gegenstände, z. B. Tuchfetzen, die planmässig weit genug in die Rachenhöhle geschoben wurden, können nach dem Tode wieder entfernt worden sein und doch Spuren ihrer Einwirkung auf die betreffenden Theile zurückgelassen haben. Wenn nun ein solcher Pfropf die Zunge nur nach hinten geschoben, und so den Raum zwischen ihr und dem weichen Gaumen luftdicht verschlossen hat, so könnte man zwar glauben, dass bei offenen Nasenlöchern eine wirkliche Erstickung nicht hervorgerufen würde, und dass man bei gegebenen Befunde einer schlagflüssigen Todesart diese für eine isolirte und selbstständige auffassen dürfe. Dieser Schlagfluss entsteht aber durch die Unvollständigkeit der Respiration. Neugeborene Kinder athmen allerdings vorzugsweise durch die Nase; mittelst jenes Pfropfes muss aber bei der erwähnten Lage der Zunge durch das Zurückliegen der Zungenwurzel

*) Friedreich's Bltt. 1880 S. 215.

der Kehldeckel auf den Eingang des Kehlkopfes gedrückt und die Stimmritze verschlossen werden. War auch bei der Section der Kehldeckel nicht herabgedrückt, so ist diese Wahrnehmung wohl erst gemacht worden, nachdem bereits die Zunge hervorgezogen war.

Der Ertrinkungstod eines Neugeborenen, d. h. der Tod eines lebend in das Wasser geworfenen Kindes im Wasser lässt sich aus der stark mit Luftblasen gemischten d. i. schaumigen Flüssigkeit in der Luftröhre, aus deren Identität mit der Beschaffenheit derjenigen Flüssigkeit, in der man die Leiche gefunden, aus dem Vorhandensein der Ertrinkungsflüssigkeit im Magen erschliessen.

Diese Todesart wird aber zur Evidenz nachgewiesen durch eine Menge Wassers im Magen, in welcher sich erdiger Schlamm nachweisen lässt oder dergleichen Schlammes in beiden Luftröhrenästen (seltener dringt die Ertrinkungsflüssigkeit resp. Schmutzflüssigkeit bis in die Bronchialäste zweiter Ordnung) wie solcher dem Bache etc. etc., worin die Leiche gelegen, entnommen werden kann, da ein solcher Schlamm nach dem Tode wohl bis in den Schlundkopf, unter Umständen auch in den oberen Theil der Speiseröhre, nicht aber in den Magen und die Luftröhrenäste gelangen konnte.*)

Auch ein Kind, das mit fötalen Lungen geboren worden, muss, wenn schlammige Flüssigkeiten oder Schleim, Fruchtwasser, Kindspech in der Luftröhre sich vorfinden, in diesen Flüssigkeiten eine Athembewegung gemacht haben, also auch ehe es in die Flüssigkeit gelangte, ohne zu athmen gelebt haben. — Gebären über dem Nachtkübel. Es mag einem solchen Kinde beim Austritte aus den Geburtstheilen, ehe es in das Wasser getaucht wurde, auch Mund und Nase zugehalten worden sein; es kann aber auch, abgesehen von der präcipitirten Geburt und der Verspätung der Hilfe die Angeklagte das Kind für scheinotdt gehalten haben. Der Bluterguss auf den Scheitelbeinen kann auch bei einem

*) Friedreich's Bltt. 1880 S. 225.

in den Eimer geborenen Kinde, das nicht geathmet hat, vorkommen und als Zeichen des Lebens betrachtet werden.

Umgekehrt als mit dem Vorkommen von Ertränkungsflüssigkeit, Sand u. dgl. in dem Magen einer Wasserleiche, der nur durch den vitalen Akt des Schlingens dahin gelangt und nie in die schwimmende Leiche eingedrungen sein konnte, auch wenn der Mund des Kindes gleich nach der Geburt mit Sand verstopft wurde, dieser nur herausgespült werden konnte, — verhält es sich mit dem Vorkommen solcher Flüssigkeiten in den Bronchien. Wenn eine Kindsleiche lange Zeit in einer Flüssigkeit liegt, so kann davon denkbarer Weise allmählig durch Mund und Nase etwas in die Bronchialverzweigungen gelangen, ohne dass durch ihr Vorkommen bewiesen würde, dass ein Einziehen derselben durch versuchtes Athemholen stattgefunden habe, wie allmählig die Bewegung des Wassers den Sand in die Taschen der Beinkleider, ja selbst in die mit einem Rocke bedeckten Taschen der Weste zu spülen vermag.

Wenn aber der eingedrungene Körper ein isolirter, d. h. nicht anderen schweren Stoffen anhängender, von bedeutend geringerem specifischen Gewichte ist als jene Flüssigkeit, so dürfte diess als Beweis betrachtet werden, dass er nur durch einen Zug nach Innen, durch beginnendes Athemholen in die Luftröhre gelangt sein kann, wenn auch die Lungen weder ganz noch theilweise von Luft ausgedehnt gefunden werden, z. B. Kerne oder die grüne Haut der Hülse von Trauben.*)

Die Leichen der durch Kohlendampf erstickten Neugeborenen zeigen ein aufgedunsenes rothes Gesicht, russigen Anflug der Nase, rosaroth, oder hochrothe Flecken der Haut, eingeklemmte Zunge, kirschrothes Blut, hochrothe Flecken der Pleura und Lungen, rosenrothe Färbung der Schleimhaut der Luftröhre, des Magens und Darmkanales, blutiges Exsudat unter dem Epithel des Dünndarmes.

Auf den Tod durch Entziehung der Nahrung wird man bei einem Neugeborenen nur aus der völligen

*) Caspers Vierteljahrsschrift 1860 Hft. II.

Trockenheit der Mundhöhle, der Zunge, des Rachens, dem Zusammengezogensein des Magens und Darmkanales mit rothen Flecken der Schleimhaut, manchmal Ausdehnung durch Luft ohne eine Spur jeglicher Nahrung, und dem Fehlen jeder anderen Todesursache bei einem Gelebthaben von 24—48 Stunden schliessen können.

Bezüglich der Zurechnung der Unterlassung aller Hilfe, welche Unterlassung für das Neugeborene Todesursache geworden, zur Schuld der Mutter, ist ausser der möglicherweise stattgehabten Bewusstlosigkeit während der Geburt durch Krampf mit nachfolgendem Sopor, Ohnmacht aus Erschöpfung, tiefe Trunkenheit, fester Schlaf, die Unerfahrenheit und gänzliche Unkenntniss mancher Erstgebärenden in Betreff des Geburtsaktes und der nothwendigen Hilfe für das Neugeborene, namentlich bei sehr jugendlichen und sittlich noch ziemlich unverdorbenen Personen, dann die Stimmung der Kreissenden und ihre Zurechnungsfähigkeit im Allgemeinen in Betracht zu ziehen.

III. Die begleitenden Umstände, insbesondere die Beschaffenheit der Oertlichkeiten, wo die Geburt stattgefunden haben soll und wo das Kind gefunden worden.

Ausser der Bodenbeschaffenheit beim vorgeblichen Sturze des Kindes auf den Boden kommt hier besonders die Blutbesudelung, Menge des ergossenen Blutes, Verschleppung der Blutspuren z. B. auf einem Abtritte in Betracht. Der Ort kann blutbefleckt gewesen, aber das Blut schon wieder abgewaschen worden sein. Bei sehr grosser Abtrittbrille kann das Brett unbefleckt bleiben. Eine zufällige Besudelung kann auch beim Hinabwerfen eines an einem andern Orte geborenen Kindes geschehen. Blutspuren, welche von der Wohnung zum Abtritte führen, können vom Hinwege, oder nach fruchtlosem Verweilen auf demselben, da die Geburt zögerte, vom Herwege einer Gebärenden herrühren.

Die Bettstelle, ein Schemmel, Stuhl, Nachtstuhl, Treppenstufe und dgl., deren Höhe etc. etc. können von Interesse für die Untersuchung sein. Insbesondere wird oft die Einteilung einer Wohnung, das Bewohnt- oder Geheiztgewesen sein einzelner Räumlichkeiten in Bezug auf die Möglichkeit der Herbeirufung einer Hilfe etc. in Frage kommen.

Sach-Register.

	Seite		Seite
Absterben der Frucht im Mutter-		Fettfalten am Halse	28
leibe	25	Felde, Geburt auf dem	50
Abort, Geburt auf dem	36 44 54	Fissuren u. Ossifications-Defecte	9 26
Asphyxie	46	Fötalverletzungen	23
Athemprobe	7 18	Fötalzustand nach der Geburt	17
Athmen im Mutterleibe	17 20	Foramen ovale	8
Athmens, Nichteintreten des	46	Frucht, Absterben der im Mutter-	
Asche, Sand, Erde etc. Erstick-		leibe	25
ung in	49	Frucht, Tod der	24
Aetzmittel, Schorfe von	43 48	Frucht, Verletzung der	23
Beckenverhältnisse	4 40	Fruchtalter	15
Bewusstlosigkeit der Gebärenden	54	Gebärenden, Selbsthilfe der	33
Bewusstseins der Mutter, Trübung		Gebärmuttermund, Einschnürung	
des	3	des um den Hals	32
Blutspuren	54	Geburt, Hergang der	41
Boden, Sturz des Kindes auf den	36	Geburt, Leben des Kindes nach der	16
Brüche der Schädelknochen	38	Geburt, präcipitirte	37
Eclampsie	3 54	Geburt, Tod des Kindes vor der	23
Emphysem (Lungen) der Neuge-		Geburt, Tod des Kindes während	
borenen	20	der	25 48
Entziehung der Nahrung	53	Geburt, Tod des Kindes nach der	34
Erde, Liegen des Kindes auf der	50	Geburt, Zeichen der vor Kurzem	
Erdrosseln	46	überstandenen	4
Erstickungstod	44 52	Geburtsgeschwulst, Vorkopf	6
Erstickung	45	Gewicht des Kindes	5
Erstickung durch Einhüllen	49	Hilfe, erforderliche für das Kind,	
Erstickung durch Kohlendampf	53	Unterlassung der	3 54
Erstickung in pulverförm. Massen	49	Hungertod	53
Erstickung durch Umschlingung		Kindes, Maasse und Gewicht des	5
der Nabelschnur	28	Kindesleiche, Annagen der durch	
Erstickung unter der Bettdecke	47	Insekten	43
Erstickung, verbrecherische	5 47	Kindessturz auf den Boden	36
Fäulniss der Lungen	22	Kindessturz in den Abort	44 54

	Seite		Seite
Kindessturz in den Nachtstuhl	36 52	Schädel des Fötus	8
Kindsmordes, Thatbestand des	10	Schwimmprobe der Lungen	7 18
Knochenkern	6	Schuld oder Nichtschuld der Mutter	35 43
Kohlendampf, Erstickung durch	53	Section des Neugeborenen	5
Kopfblutgeschwulst	7	Selbsthilfe der Gebärenden	33
Kopfnickern, Extravasate in den	34	Spalten oder Lücken im Schädel-	
Leben ohne Athmen	17	dache	9 26
Lebensfähigkeit	14	Strangrinne der Nabelschnur	27
Leichenöffnung eines Neugeborenen	5	Strangulation durch den Gebä-	
Lippen und Nase, Zusammen-		muttermund	32 33 46
drücken der	47	Strangulation durch Umschling-	
Luftseinblasen	21	ung der Nabelschnur	27
Lungenprobe	7 18	Sturz des Kindes auf den Boden	36
Lungenprobe, Einwürfe gegen die	20	Sturz des Kindes in d. Abort	36 44 54
Mania parturientium	3	Sturz d. Kindes in d. Nachtstuhl	36 52
Mildernde Umstände	2	Syphilis der Frucht	24
Mund- und Rachenhöhle, Ansfül-		Tetanus uteri	37
len der	51	Thatbestand des Kindsmords	10
Mutter, deren physischer und psy-		Tod des Kindes vor der Geburt	23
chischer Zustand	1 4	Tod d. Kindes während d. Geburt	25 34
Mutter, deren Schuld oder Nicht-		Tod des Kindes nach der Geburt	34
schuld	35 43	Tod durch Verblutung aus der	
Mutter, deren Zurechnungsfähig-		Nabelschnur	41
keit	2 54	Todesarten, natürliche oder gewalt-	
Muttermundes, Zusammenziehung		same	34
des um den Hals	32	Todtfaule Frucht	24
Nabelschnur	6	Todtgeburt	24
Nabelschnur, Strangrinne der	27	Ueberraschtwerden von d. Geburt	36
Nabelschnur, Strangulation durch		Ueberstürzte Geburt	37
Umschlingung der	28	Umschlingung der Nabelschnur	28
Nabelschnur, Verblutung aus der	41	Umstände, begleitende und Oert-	
Nabelschnur-Rest	11	lichkeiten	54
Nachtstuhl, Sturz des Kindes in		Umstände, mildernde	2
den	36 52	Untersuchung der Mutter	2 4 54
Nahrung, Entziehung der	53	Untersuchung der Leiche eines	
Neugeborenheit	10	Neugeborenen	5
Oertlichkeiten und begleitende		Valvula Eustachii	8
Umstände	54	Verblutung aus der Nabelschnur	41
Ossificationsdefecte	9 26	Vergraben, Lebendig eines Kind.	49 50
Pfropfen in Mund- und Rachen-		Vorkopf, Geburtsgeschwulst	6
höhle	51	Zurechnung geminderte	2
Physischer und psychischer Zu-		Zurechnungsfähigkeit der Mutter	4 54
stand der Mutter	1 4 54	Zwerchfells, Stand des	7
Präcipitirte Geburt	37 45		
Reife und Lebensfähigkeit	13		